Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada

Recherche, politiques et pratiques

Volume 35 · numéro 8/9 · octobre/novembre 2015

Numéro spécial : Violence envers les enfants

Surveillance de la violence envers les enfants

123 Éditorial – L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : un partenariat

125 Examen d'analyses récentes portant sur l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI)

138 Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008

147 Commentaire – Surveillance de la maltraitance des enfants : recension, suivi, évaluation et aperçu

Prévention de la violence envers les enfants

150 Éditorial – Partenariat entre les infirmières et les familles : une santé publique fondée sur les données probantes pour lutter contre la violence envers les enfants

152 Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada

161 Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse-Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada

171 Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant

180 Commentaire – Adaptation et remise à l'épreuve des programmes fondés sur des preuves destinés à prévenir la violence envers les enfants : étude de cas canadienne

183 Autres publications de l'ASPC

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.
© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé, 2015

ISSN 2368-7398
Pub. 140442

Journal_HPCDP-Revue_PSPMC@phac-aspc.gc.ca

Also available in English under the title: *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*

Les lignes directrices pour la présentation de manuscrits à la revue ainsi que les renseignements sur les types d'articles sont disponibles à la page :
http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/autinfo-fra.php

Indexée dans Index Medicus/MEDLINE, SciSearch® et Journal Citation Reports/Science Edition

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Éditorial

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : un partenariat

Lil Tonmyr, Ph. D., rédactrice invitée

Diffuser cet article sur Twitter

La maltraitance des enfants est un enjeu de santé publique très important. Il s'agit aussi d'un problème complexe à définir, à cerner et à contrer. Le point de vue des droits des familles à l'autodétermination diverge de celui des droits des enfants à la protection contre les sévices. Des systèmes de valeurs et des perceptions contradictoires donnent lieu à des débats publics et judiciaires animés. On reproche aux agences de protection de l'enfance, chargées d'assurer la protection des enfants contre les sévices, d'intervenir indûment dans certaines situations et de ne pas intervenir assez rapidement dans d'autres.

Bien que ces organismes aient au Canada comme tâche première de protéger les enfants des sévices, leurs rôles et responsabilités connexes nécessitent souvent la participation d'intervenants en aide sociale, en santé, en éducation, en justice et parmi le personnel d'application de la loi. Les lois sur l'aide à l'enfance relèvent de la compétence des provinces et des territoires, et les services sont fournis par des organismes municipaux et régionaux. Les services destinés aux enfants des Premières Nations vivant dans une réserve sont financés par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada par l'intermédiaire d'organismes d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations, ou de services gouvernementaux provinciaux ou territoriaux dans les régions où ces derniers sont inexistants.

Malgré une meilleure compréhension de la maltraitance des enfants, ce champ demeure relativement nouveau. Ainsi, même si les répercussions de la violence physique sur les enfants ont été attentivement étudiées dans les années 1960, il a fallu la décennie suivante pour que leur association avec certains troubles de santé mentale soit reconnue. De plus, à ce jour, peu de recherche a été effectuée sur les conséquences physiques possibles à long terme de la maltraitance des enfants, comme des troubles et maladies chroniques. Les études fondées sur les données canadiennes sont particulièrement rares, notamment dans le secteur de la recherche interventionnelle.

Pour répondre à plusieurs de ces complexités, un système de surveillance de la maltraitance des enfants est un outil essentiel, car il permet de définir de façon uniforme les formes que cette maltraitance prend (négligence, exposition à la violence conjugale, violence psychologique, violence physique et abus sexuel). Il fournit des données à tous ceux qui tentent de mieux comprendre la situation et qui font un suivi des programmes et politiques et les adaptent afin de mieux répondre aux besoins.

Au milieu des années 1990, l'Unité de prévention de la violence familiale de Santé Canada a commandé une étude visant à évaluer la possibilité de recueillir des données sur la maltraitance des enfants auprès des organismes d'aide à l'enfance à l'échelle du Canada. Sur la base de cette étude, un groupe responsable de la surveillance de la santé maternelle et infantile à Santé Canada a organisé de vastes consultations avec des partenaires provinciaux et territoriaux pour mettre sur pied un système de surveillance. Leurs efforts ont engendré une véritable collaboration, qui a abouti à la mise en œuvre de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI)[1-2], une réalisation remarquable en soi compte tenu de la difficulté à travailler avec de nombreux partenaires, de la diversité des cadres législatifs et de la stigmatisation dont fait souvent l'objet l'expérience de maltraitance des enfants.

L'ECI permet de recueillir des données sur les enquêtes pour maltraitance d'enfant menées par les intervenants en protection de l'enfance à l'échelle du Canada ainsi que sur les questions de santé et les enjeux socioéconomiques auxquels sont confrontés les enfants et leurs pourvoyeurs de soin. L'ECI fournit également de l'information sur la capacité d'intervention du système face à la détresse de l'enfant.

La collecte de données dans le cadre de l'ECI a démarré en 1998[3] et s'est poursuivie en 2003[4] et en 2008[5]. Depuis 2004, l'ECI fait partie du système de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada. L'ECI 2018 est en préparation.

L'ECI évolue et s'améliore d'un cycle à l'autre. Par exemple, en 2003, les mesures de la violence physique et de la violence psychologique ont été améliorées. Les travaux pilotés par le Dr B. Fallon, l'un des principaux chercheurs-collaborateurs de l'ECI, ont mené en 2008 à l'ajout d'enquêtes sur les risques de futurs mauvais traitements envers les enfants[6]. De surcroît, de nombreuses études fondées sur des données de l'ECI ont servi à orienter les politiques et la prise de

Rattachement de l'auteure :

Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Lil Tonmyr, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, I.A. 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-240-6334; courriel : Lil.Tonmyr@phac-aspc.gc.ca

décision au sujet des pratiques exemplaires[7-9]. Les décideurs et les chercheurs continuent à accorder une grande valeur à l'ECI.

C'est avec grand plaisir que je présente ce volet du numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, qui est consacré à l'ECI, une composante majeure des programmes de surveillance de l'Agence de la santé publique du Canada. Il forme la première partie de ce numéro spécial sur la maltraitance des enfants, la seconde traitant de la prévention des mauvais traitements infligés aux enfants, avec une attention spéciale portée au Nurse–Family Partnership (NFP, partenariat entre les infirmières et les familles). Le commentaire invité de la deuxième partie offre une description de la mise à l'épreuve de l'efficacité de ce partenariat à l'extérieur des États-Unis[10].

Ce volet est donc consacré à la surveillance de la maltraitance des enfants.

- Le premier article fait le point sur les résultats d'une analyse récente évaluée par les pairs sur les données de l'ECI et celles des provinces et des territoires. Potter et collab.[11] ont constaté que la quantité et la qualité des analyses s'améliorent et que les formes « plus récentes » de maltraitance des enfants (négligence, exposition à la violence conjugale et violence psychologique) ont retenu davantage l'attention dans les dernières années.
- Le deuxième article montre bien que, dans le cas des abus sexuels, la collaboration multidisciplinaire est essentielle. Par exemple, les enquêtes conjointes des organismes d'aide à l'enfance et des services de police sont utilisées comme approche préventive participant à l'obtention de meilleurs résultats de santé chez les victimes. Tonmyr et Gonzalez[12] font le portrait des caractéristiques de ces enquêtes à partir des données de l'ECI.
- Le commentaire invité[13], rédigé par les Drs Leeb (Centers for Disease Control and Prevention) et Fluke (Université du Colorado), offre une description du contexte international de la surveillance de la maltraitance des enfants.

L'ECI s'est révélée un outil de surveillance et de recherche important. Elle fournit de précieux renseignements sur les enfants et les familles visés par les enquêtes des services de protection de l'enfance et, grâce à ses données transversales, elle fournit aussi des instantanés des cas de maltraitance des enfants au Canada. Il demeure que le suivi d'un échantillon d'enfants dans l'ECI au fil du temps permettrait de mieux comprendre les conséquences à long terme de la maltraitance des enfants ainsi que la capacité d'intervention du système. Peut-être une des améliorations à apporter ?

Références

1. Phaneuf G, Tonmyr L. Rapport de la situation. Nouvelles initiatives de recherche à la Division de la violence envers les enfants. Maladies chroniques au Canada. 1998;19(2):81-82.

2. Choi BC, Wigle DT, Johansen H et collab. Rapport d'étape. Historique des débuts de la surveillance nationale des maladies chroniques au Canada et rôle majeur du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) de 1972 à 2000. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(2):39-49.

3. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B et collab. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) : rapport final. Ottawa (Ont.) : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada; 2001.

4. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B et collab. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2003 : données principales. Ottawa (Ont.) : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada; 2005.

5. Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 : données principales. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

6. Fallon B, Trocmé N, MacLaurin B, Sinha V, Black T. Untangling risk of maltreatment from events of maltreatment: an analysis of the 2008 Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS-2008). Int J Ment Health Addiction. 2011;9:460-479.

7. Tonmyr L, Martin WK. How has child maltreatment surveillance data been used in Canada? Health Res Policy Syst. 2014;12(1):65:1-9.

8. Tonmyr L, Jack SM, Brooks S, Williams G, Campeau A, Dudding P. Utilisation de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) par les organismes de protection de l'enfance en Ontario. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2012;33(1):33-43.

9. Tonmyr L, Ouimet C, Ugnat AM. A review of findings from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS). Can J Public Health. 2012;103(2):103-112.

10. Mikton C. Commentaire. Adaptation et remise à l'épreuve des programmes fondés sur des preuves destinés à prévenir la violence envers les enfants : étude de cas canadienne. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):180-2.

11. Potter D, Nasserie T, Tonmyr L. Examen des récentes analyses de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):125-37.

12. Tonmyr L, Gonzalez A. Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):138-46.

13. Leeb R, Fluke J. Commentaire. Child Maltreatment Surveillance: Enumeration, Monitoring, Evaluation and Insight. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):147-9.

Examen d'analyses récentes portant sur l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI)

D. Potter, M.A.; T. Nasserie, M. Sc.; L. Tonmyr, Ph. D.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Cette analyse a comme objectif de rassembler les articles évalués par les pairs utilisant des données tirées de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) publiées depuis novembre 2011 ainsi que des suréchantillons provinciaux de l'ECI, d'évaluer la qualité de leurs conclusions, de les synthétiser et de faire le bilan des variations dans l'utilisation de ces données.

Méthodologie : Nous avons sélectionné les articles au moyen du suivi des demandes d'accès aux données de l'ECI effectué par l'Agence de la santé publique du Canada et au suivi des publications produites au moyen de ces données. Deux évaluateurs au moins ont examiné de façon indépendante les articles et en ont évalué la qualité.

Résultats : Nous avons conservé 32 articles. Leurs points forts étaient en général les suivants : objectifs de recherche clairement établis, variables de contrôle appropriées, analyses pertinentes, taille de l'échantillon suffisante, conclusions pertinentes et utilité pour les pratiques et politiques. Leur point problématique était le plus souvent une définition floue des variables et des critères d'inclusion des cas. La plupart du temps, les articles mesuraient les associations entre les caractéristiques des mauvais traitements et celles des enfants, des pourvoyeurs de soins, du ménage et de l'organisme ou de la personne à l'origine du signalement et ils s'intéressaient aux conséquences des signalements, par exemple l'ouverture d'un dossier pour une prestation continue de services ou le placement.

Conclusion : Les articles utilisant des données de l'ECI ont obtenu des scores positifs pour la plupart des indicateurs de qualité. Dans leurs analyses les plus récentes, les chercheurs se sont concentrés sur les catégories de maltraitance insuffisamment étudiées jusqu'ici (exposition à la violence conjugale, négligence et violence psychologique) et ont étudié les facteurs spécifiques touchant les enfants des Premières Nations. Les données des suréchantillons de l'ECI ont été sous-utilisées. L'utilisation de techniques d'analyse multivariée a augmenté.

Mots-clés : violence à l'égard des enfants, maltraitance des enfants, surveillance de la santé publique, épidémiologie

Principales constatations

- Parmi les 32 articles publiés évalués par des pairs dans le cadre de notre analyse, la plupart était de grande qualité, avec des objectifs de recherche clairement établis, des variables de contrôle et des méthodes d'analyse pertinentes, une taille d'échantillon suffisante, des conclusions pertinentes et une utilité dans le champ des pratiques et politiques.
- Les chercheurs utilisant des données de l'ECI ont surtout travaillé sur les catégories de maltraitance insuffisamment étudiées jusqu'ici, en particulier l'exposition à la violence conjugale, la négligence et la violence psychologique, et ils ont également étudié les facteurs spécifiques touchant les enfants des Premières Nations.
- L'utilisation de techniques d'analyse multivariée a augmenté.

Introduction

L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) a été réalisée pour trois cycles (1998[1], 2003[2] et 2008[3]) et a fourni de précieux renseignements au sujet des enquêtes sur les cas signalés de violence et de négligence envers les enfants à l'échelle du pays[4]. Les données de l'ECI portent sur les enfants dont la situation a été signalée à un organisme d'aide à l'enfance en raison d'allégations de maltraitance[1-3]. Elles constituent une source d'information sur les enfants qui ont subi de la négligence (alléguée ou corroborée), qui ont été exposés à de la violence conjugale et qui ont subi de la violence psychologique, physique ou sexuelle. Elles portent sur les caractéristiques de l'enfant, celles du pourvoyeur de soins, celles du ménage et celles de l'organisme chargé de l'enquête ainsi que sur les résultats à court terme des services fournis, par exemple le placement. Les données de l'ECI sont utilisées par les décideurs de niveau supérieur des organismes d'aide à l'enfance afin de décider de l'attribution des ressources, de cibler les populations à risque, de connaître les tendances dans

Rattachement des auteurs :

Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : Lil Tonmyr, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-240-6334; téléc. : 613-941-6439; courriel : Lil.Tonmyr@phac-aspc.gc.ca

le signalement des mauvais traitements, de valider les conclusions de chaque organisme et d'influencer directement les pratiques[4]. Ces données sont également utilisées par un large éventail d'experts en médecine clinique, en santé publique, en services sociaux, en droit et justice, en éducation et en sports et loisirs ainsi que par des groupes confessionnels[5].

ECI 2008 : Données principales[3] décrit l'étendue et la portée de cette enquête. Chaque cycle de l'ECI contient de l'information sur un grand échantillon de cas de maltraitance signalés aux organismes d'aide à l'enfance et faisant l'objet d'une enquête. Les intervenants en protection de l'enfance de certains organismes au Canada ont répondu à l'ECI pour chaque enquête réalisée pendant la période trimestrielle de collecte de données à l'automne de l'année de l'étude. Les définitions des diverses catégories de maltraitance ont été fournies aux intervenants participant afin d'assurer l'uniformité des données. On a utilisé une méthode d'échantillonnage stratifié en grappe incluant les principaux organismes et les organismes des Premières Nations et portant sur toutes les provinces et tous les territoires. Certaines provinces et certains territoires ont versé des fonds supplémentaires à l'ECI afin d'obtenir des données les concernant spécifiquement (suréchantillonnage).

L'ECI 2008 diffère des cycles de 1998 et de 2003 en ce que le suivi des enquêtes sur le risque de futurs mauvais traitements a été effectué séparément de celui sur les enquêtes d'allégations des différents mauvais traitements. De plus, les définitions des catégories de maltraitance ont évolué au fil du temps. Par exemple, l'ECI 2008 fait le suivi de trois sous-catégories d'exposition à la violence conjugale : exposition indirecte à la violence physique, exposition directe à la violence physique et exposition à la violence psychologique[6]. Dans les cycles précédents, l'ECI considérait la violence conjugale comme une sous-catégorie de violence psychologique. Les différences entre les lois provinciales et territoriales et les modifications apportées au fil du temps aux procédures de détection, de signalement et d'enquête ont également une incidence sur les conclusions de l'ECI, ce qui signifie que les changements observés ne reflètent pas forcément des changements réels dans l'occurrence des mauvais traitements.

Un examen antérieur[7] a résumé et critiqué 37 analyses évaluées par des pairs utilisant des données de l'ECI et publiées avant novembre 2011. Dans près de la moitié des cas, les analyses étaient descriptives, et pour les autres, multivariées. L'évaluation de la qualité des articles a permis de conclure que les articles fondés sur une analyse multivariée étaient généralement de meilleure qualité, fournissant des données probantes solides mieux en lien avec leurs objectifs que les articles fondés sur une analyse descriptive. Cet examen a recommandé pour la recherche à venir l'utilisation d'hypothèses directionnelles et de techniques éprouvées d'analyse multivariée[7].

L'Agence de la santé publique du Canada ayant décidé de ne pas recueillir de données en 2013, notre examen fournit l'occasion de mettre à jour les conclusions de l'examen précédent et de se questionner sur la pertinence de l'ECI dans le champ des pratiques et des politiques. Seuls trois articles dans ce premier examen[7] utilisaient des données de l'ECI 2008. De plus, les renseignements étaient limités puisque les données venaient tout juste d'être publiées. Par ailleurs, cet examen avait été critiqué pour avoir exclu les résultats touchant les suréchantillons des provinces. Depuis, un plus grand nombre d'articles utilisant ces données et des données des cycles précédents ont été publiés. Notre examen met donc l'accent sur les documents de la littérature reliée à l'ECI publiés après novembre 2011 ainsi que sur les analyses des suréchantillons de l'ECI indépendamment de leur date de publication.

Les utilisateurs de connaissances (décideurs et responsables des politiques) considèrent que la synthèse de recherches leur est utile. Les rapports de surveillance découlant de l'ECI ont ainsi été mentionnés comme étant un moyen d'obtenir rapidement de l'information[4]. Nous espérons donc que notre examen sera utilisé comme tel sur les thèmes que les données de l'ECI permettent de traiter ainsi que pour la qualité des articles auxquels il fait référence. Notre examen est également susceptible d'encourager les chercheurs à approfondir les connaissances sur la maltraitance et sur les interventions des organismes d'aide à l'enfance à cet égard. Il est également susceptible de servir à améliorer l'ECI en tant qu'outil de surveillance, grâce à l'identification de certaines lacunes dans le processus de collecte et d'analyse des données. Enfin, il fournit des données susceptibles d'accroître le niveau de sensibilisation à cette importante question de santé publique.

Plus spécifiquement, les objectifs de notre examen étaient les suivants :

- compiler et récupérer toutes les études évaluées par les pairs et utilisant les données de l'ECI publiées depuis novembre 2011 et les données des suréchantillons provinciaux et territoriaux de l'ECI recueillies depuis la création de l'étude;
- évaluer la qualité de ces études;
- résumer les conclusions de ces études;
- caractériser les évolutions dans l'utilisation des données de l'ECI.

Méthodologie

Nous avons sélectionné les recherches originales publiées dans des revues à comité de lecture, faisant l'hypothèse que celles-ci seraient de bonne qualité et comprendraient suffisamment de renseignements sur les méthodes et les analyses pour assurer cette qualité. Les autres sources, essentiellement les chapitres d'ouvrage et les présentations, ne respectent pas toujours une présentation normalisée de l'information ou ne contiennent pas d'objectifs ou d'hypothèses à tester. Notre outil d'évaluation de la qualité n'aurait donc pas été approprié. De plus, l'examen se limitant aux articles de revues à comité de lecture, les lecteurs intéressés pourront localiser facilement nos sources primaires et y avoir accès. Le tableau 1 présente la liste des cycles de l'ECI pour l'ensemble du Canada, pour les provinces ou territoires ayant réalisé un suréchantillon et pour les Premières Nations.

Les articles ont été sélectionnés à partir du suivi par l'Agence de la santé publique du Canada des demandes d'accès aux données de l'ECI. Dans un souci d'exhaustivité, nous avons également recherché les articles publiés par les auteurs de l'équipe de recherche de l'ECI, ces derniers n'ayant pas eu besoin d'obtenir d'autorisation pour accéder aux données de l'ECI et leurs publications ne figurant par conséquent pas dans les demandes d'accès.

La figure 1 synthétise la stratégie de sélection des articles (source, critères d'inclusion

TABLEAU 1
Cycles et suréchantillons de l'ECI et études des Premières Nations

Population	Cycles
Canada	1998, 2003, 2008
Colombie-Britannique	1998, 2008
Alberta	2003, 2008, 2013
Saskatchewan	2008
Ontario	1993, 1998, 2003, 2008, 2013
Québec	1998, 2008, 2014
Territoires du Nord-Ouest	2003
Premières Nations	1998, 2003, 2008

et d'exclusion) et présente la liste des questions visant à évaluer leur qualité. Nous avons repris les mêmes questions que dans le premier examen des données de l'ECI[7]. Chaque article a été examiné de façon indépendante par deux évaluateurs pour en confirmer l'inclusion et en évaluer la qualité. Les écarts de cotation ont fait l'objet de discussions entre les évaluateurs jusqu'à obtention d'un consensus, ou de discussions avec un troisième évaluateur. Les évaluateurs n'ont pas examiné les articles qu'ils avaient eux-mêmes rédigés.

Résultats

Sur les 32 études sélectionnées, 20 reposaient sur une analyse multivariée contre 12 sur une analyse descriptive, 24 utilisaient des données nationales contre 8 des données provinciales ou territoriales (5 sur le Québec et 3 sur l'Ontario) et une seule était consacrée aux données de l'ECI 2008 sur les Premières Nations.

Le tableau 2 décrit les objectifs de chaque étude et la méthodologie employée et présente les résultats de l'évaluation de sa qualité. Si 91 % des auteurs ont décrit clairement les objectifs de leur recherche, seulement 40 % ont fourni une définition claire de toutes les variables. Les critères d'inclusion des cas ont été présentés dans 72 % des études et les méthodes d'échantillonnage étaient claires et pertinentes également dans 72 % d'entre elles. Ont été considérées comme pertinentes à l'égard des questions de recherche des auteurs 78 % des analyses. Le nombre de participants a été jugé suffisant 91 % du temps. De manière générale, les procédures d'analyse et les résultats ont été clairement expliqués (72 %) et présentés (75 %). Les conclusions ont été considérées comme pertinentes dans 81 % des cas et toutes les études sauf une avaient des retombées claires dans le champ des pratiques ou des politiques.

Les objectifs de 28 % des articles portaient sur des catégories spécifiques de maltraitance. Deux traitaient de la négligence, trois de la violence psychologique et deux de l'exposition à la violence conjugale Une étude portait sur l'exposition à la violence conjugale, les brutalités physiques ou la négligence comme uniques raisons de l'enquête. Aucune étude ne ciblait exclusivement la violence physique. Un rapport se penchait sur la fréquence des enquêtes conjointes entre les services de police et les organismes d'aide à l'enfance sur les cas de violence sexuelle par rapport à celles sur les autres formes de maltraitance.

Le tableau 3 synthétise les associations entre variables indépendantes, variables dépendantes et variables de contrôle dans les articles offrant des analyses multivariées. Dans cet examen, une analyse multivariée a été définie comme une analyse portant simultanément sur plusieurs variables, indépendantes ou dépendantes. Pour les articles décrivant plusieurs modèles, seul le modèle final a été inclus pour chaque variable dépendante testée.

Les variables indépendantes et les variables de contrôle ont été regroupées en cinq catégories : les caractéristiques des mauvais traitements, celles de l'enfant, celles du pourvoyeur de soins, celles du ménage et celles de l'organisme ou du signalement. Un article utilisant des techniques d'analyse multivariée n'a pas été inclus dans le tableau car ses analyses prenaient la forme d'arbres de classification et de régression ne pouvant être facilement synthétisés dans un tableau.

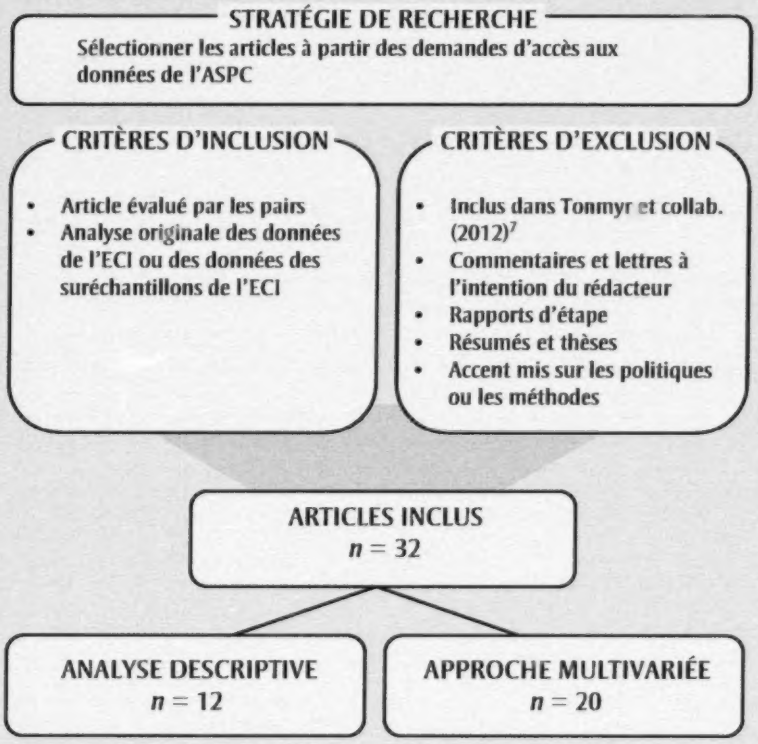
La plupart des analyses utilisant des catégories de maltraitance (violence physique, violence sexuelle, négligence, violence psychologique et exposition à la violence conjugale) à titre de variables indépendantes incluaient plus d'une de ces catégories. Une étude incluait seulement des variables de maltraitance correspondant aux différents types d'exposition à la violence conjugale, une autre incluait seulement la violence physique et deux incluaient seulement la négligence. De plus, deux études tenaient compte de la violence psychologique uniquement à titre de variable dépendante.

Les chercheurs ont utilisé fréquemment l'âge et le sexe de l'enfant comme variables indépendantes ou de contrôle concernant l'enfant. Ils ont eu tendance à utiliser dans leurs modèles certaines variables associées aux problèmes de fonctionnement chez l'enfant (mais pas toutes) et les ont parfois regroupés pour créer une variable dichotomique visant à illustrer la présence d'un problème quel qu'il soit. Ces problèmes de fonctionnement chez l'enfant étaient de nature physique, mentale, comportementale ou de développement. Les variables les plus fréquemment utilisées à propos des pourvoyeurs de soins étaient celles concernant leurs facteurs de risque, particulièrement la toxicomanie, les problèmes de santé mentale et l'absence de soutien social. Les variables les plus fréquemment utilisées pour les ménages étaient les dangers domestiques, un logement surpeuplé, les fréquents manques d'argent et les déménagements fréquents. Enfin, les variables les plus utilisées pour les organismes et le signalement étaient l'ouverture d'un ou de plusieurs dossiers et le signalement d'un cas par la mère ou une personne de la famille.

La catégorie de variables dépendantes la plus couramment étudiée (utilisée dans six articles) était l'ouverture d'un dossier pour services continus. Les chercheurs ont mesuré les associations entre cette variable et diverses variables indépendantes et de contrôle liées aux mauvais traitements et aux caractéristiques de l'enfant, du pourvoyeur de soins, du ménage et de l'organisme ou du

FIGURE 1
Stratégie de recherche et évaluation des articles

a) Stratégie de recherche pour les articles contenant des analyses des données de l'ECI et des suréchantillons de l'ECI



b) Questions d'évaluation critique

Thème
1. Quelle est la question de recherche ?
2. Les objectifs de la recherche sont-ils clairs ?

Méthodologie
3. Les variables utilisées sont-elles définies clairement ?
4. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont-ils clairement mentionnés ?
5. La stratégie d'échantillonnage utilisée dans l'étude est-elle claire et pertinente ?
6. Les analyses utilisées pour répondre à la question de recherche sont-elles pertinentes ?
7. Le nombre de participants est-il suffisant ?

Constatations et conclusions
8. La méthode d'analyse des données est-elle claire ?
9. Les résultats sont-ils clairement présentés ?
10. Les chercheurs tiennent-ils compte des facteurs de confusion possibles ?
11. Les conclusions s'appuient-elles sur les résultats de l'étude ?
12. Le thème de l'étude est-il utile pour le champ des pratiques et politiques ?

signalement. La deuxième catégorie de variables la plus couramment étudiée (utilisée dans quatre articles) était le placement. Ces articles incluaient de nombreuses variables relatives aux caractéristiques des mauvais traitements, à celles de l'enfant, à celles du pourvoyeur de soins, à celles du ménage et à celles de l'organisme ou du signalement. Toutefois, seuls deux de ces quatre articles portaient sur les facteurs de risque liés aux pourvoyeurs de soins, et ils utilisaient un nombre limité de variables liées à cette catégorie. Les autres variables dépendantes étudiées (dans trois articles ou moins) étaient les cas de signalement retenus concernant les enfants autochtones, les mauvais traitements corroborés, les risques corroborés de mauvais traitements, de violence psychologique et de danger pour l'enfant et les variables liées aux problèmes de fonctionnement chez l'enfant (problèmes d'apprentissage et de développement, incapacités physiques et problèmes de santé, problèmes psychologiques et émotionnels, troubles d'intériorisation, troubles d'extériorisation, déficiences fonctionnelles) et enfin la participation des services de police aux enquêtes.

Analyse

Notre examen résume les résultats de 32 articles de revue à comité de lecture portant sur la qualité et les liens entre variables utilisant des données de l'ECI et publiés depuis novembre 2011 ou des données des suréchantillons de l'ECI. La majorité des articles évalués avaient des objectifs de recherche clairement établis, utilisaient des variables de contrôle valides (analyses multivariées plutôt que descriptives), réalisaient des analyses pertinentes au moyen d'échantillons de taille suffisante, tiraient des conclusions pertinentes et étaient utiles dans le champ des pratiques et politiques.

La majorité des études ne définissaient pas clairement les variables ou ne fournissaient pas de justification de leur inclusion aux analyses. Comme beaucoup incluaient un grand nombre de variables, il est probable que ce soit dû à la limite de mots imposée par les éditeurs plutôt qu'à un réel manque de justification de la part des chercheurs. Les critères d'inclusion et les méthodes d'échantillonnage ont été jugés peu clairs souvent lorsque les auteurs n'avaient pas expliqué comment ils avaient choisi les cas inclus dans leur analyse à partir de l'échantillon complet de l'ECI et avaient fourni un simple aperçu des méthodes d'échantillonnage de l'ECI. Le nombre de participants a été jugé insuffisant lorsque les chercheurs avaient sélectionné pour leur analyse des suréchantillons de cas de l'ECI de petite taille. L'une

TABLEAU 2
Caractéristiques des articles analysant les données de l'ECI et celles des suréchantillons de l'ECI

Référence et cycle de l'ECI	Sujet	Effectif (N)	Méthodologie	Objectifs de recherche clairs	Définitions claires des variables	Critères d'inclusion clairs	Échantillonnage pertinent	Analyses pertinentes	Nbre de participants suffisant	Procédure d'analyse claire	Résultats clairement présentés	Sources de confusion contrôlées	Conclusions pertinentes	Utilité pour les pratiques et politiques
(8) ECI–2008	Étudier la répartition des caractéristiques de l'enfant et du ménage pour les types simples et multiples de mauvais traitements corroborés, mesurer si un type de maltraitance est associé à un plus grand risque de déficience fonctionnelle et cerner les caractéristiques de l'enfant et du ménage associées à la déficience fonctionnelle	7352	Modèles mixtes généralisés	+	+	+	–	+	+	+	+	+	+	+
(9) ECI–1998, ECI–2003	Cerner les facteurs cliniques et organisationnels (p. ex. proportion de rapports autochtones) ayant une incidence sur la décision de placement de l'enfant après une enquête pour mauvais traitements	2059	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(10) ECI–2003	Cerner les facteurs prédictifs de l'inscription dans les diverses catégories de violence psychologique et d'autres formes de maltraitance	11 562	Régression logistique	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(11) EQJ–1998	Mieux comprendre les cas de violence psychologique faisant l'objet d'enquêtes au Québec	1774	Khi carré, analyse de la variance	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(12) EQJ–1998	Cerner les besoins des enfants dont la situation a été signalée aux organismes d'aide à l'enfance et corroborée, et établir les profils de ces enfants	2079	Analyse par grappes	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(13) ECI–1998, ECI–2003	Mesurer l'incidence des caractéristiques cliniques et organisationnelles sur la décision de procéder au placement des enfants autochtones après enquête	2059	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(14) ECI–2008	Étudier plus en détail la constatation que la proportion d'enquêtes sur les enfants autochtones est associée au placement de tous les enfants au sein d'un organisme	1710	Modèle de régression multi-niveaux	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(15) ECI–2000	Définir le profil des jeunes parents orientés vers un organisme d'aide à l'enfance et les facteurs qui déterminent les services offerts dans ce cadre	5222	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(16) ECI–2008	Dresser la liste des facteurs qui déterminent la prestation de services après enquête visant un enfant de moins d'un an	1203	Régression logistique, arbres de classification et de régression	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(17) ECI–2008	Cerner les facteurs prédictifs de la prestation de services après enquête pour mauvais traitements visant des bébés	538	Arbres de classification et de régression	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+
(18) ECI–2008	Étudier les profils des familles et des enfants visés par les enquêtes pour maltraitance ou risque de maltraitance	11 925	Régression logistique	+	-	+	-	+	+	-	+	+	-	+
(19) ECI–2008	Décrire le profil des adolescents dont la situation est signalée aux organismes d'aide à l'enfance	15 980	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Suite page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Caractéristiques des articles analysant les données de l'ECI et celles des suréchantillons de l'ECI

Référence et cycle de l'ECI	Sujet	Effectif (N)	Méthodologie	Objectifs de recherche clairs	Définitions claires des variables	Critères d'inclusion clairs	Échantillonnage pertinent	Analyses pertinentes	Nbre de participants suffisant	Procédure d'analyse claire	Résultats clairement présentés	Sources de confusion contrôlées	Conclusions pertinentes	Utilité pour les pratiques et politiques
(20) ECI–2003	Mesurer le lien entre les problèmes de fonctionnement chez l'enfant et les caractéristiques du contexte, du parent, du pourvoyeur de soins et de l'enfant	1170	Régression logistique	+	-	+	-	-	+	+	+	-	+	+
(6) ECI–2008	Examiner l'évaluation par les intervenants en protection de l'enfance des facteurs de risque et des problèmes de fonctionnement chez l'enfant et leurs liens avec les sous-types d'exposition à la violence conjugale	2184	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
(21) ECI–2003, ECI–2008	Décrire les familles avec mères adolescentes (18 ans ou moins) et jeunes adultes (de 19 à 21 ans) quant aux facteurs de risque modifiables et les comparer aux familles avec mères âgées de 22 ans et plus	6836	Khi carré	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
(22) ECI–2008	Cerner les facteurs prédictifs de la décision de services après un rapport de mauvais traitements envers un enfant	15 980	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(23) ECI–2003	Déterminer la fréquence des rapports rédigés par des éducateurs comparativement aux autres professionnels, cerner les facteurs de risque associés aux cas signalés par les éducateurs et déterminer si les différences dans les cas signalés par les éducateurs aboutissent à des différences dans les conclusions de l'enquête	7725	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
(24) ECI–2003	Décrire les caractéristiques des enfants, des familles et des ménages asiatiques dans le système canadien d'aide à l'enfance et examiner le processus de prestation de services à court terme ou de transfert vers des services continus	1790	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(25) ECI–2008	Offrir un profil à jour des enquêtes corroborées de violence conjugale et examiner les différences avec les autres enquêtes	15 890	Khi carré	+	-	-	+	-	+	+	+	-	+	-
(26) ECI–2008	Examiner les caractéristiques des cas et de la prestation de services dans le cadre des enquêtes auprès d'enfants dont le pourvoyeur de soins non autochtone a une autre langue maternelle que l'anglais ou le français	10 334	Régression logistique	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
(27) EQI–1998	Cerner les facteurs prédictifs de la maltraitance et des problèmes comportementaux	2232	Régression logistique	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+
(28) EQI–1998	Étudier différentes structures familiales dans les cas corroborés de négligence envers les enfants et leurs caractéristiques connexes, et comparer les familles monoparentales dirigées par la mère et dirigées par le père	1778	Khi carré	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Suite page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Caractéristiques des articles analysant les données de l'ECI et celles des suréchantillons de l'ECI

Référence et cycle de l'ECI	Sujet	Effectif (N)	Méthodologie	Objectifs de recherche clairs	Définitions claires des variables	Critères d'inclusion clairs	Échantillonnage pertinent	Analyses pertinentes	Nbre de participants suffisant	Procédure d'analyse claire	Résultats clairement présentés	Sources de confusion contrôlées	Conclusions pertinentes	Utilité pour les pratiques et politiques
(29) ECI–2008	Caractériser la prévalence de la négligence en matière de surveillance et celle de danger physique et en étudier les caractéristiques	4159	Analyse de la variance, Khi carré	+	-	+	+	+	+	-	+	-	+	+
(30) ECI–2008, PNECI–2008	Décrire le niveau et la nature de la surreprésentation des enfants des Premières Nations dans les enquêtes daide à l'enfance (renseignements sur les sources de renvoi, facteurs de risque et problèmes de fonctionnement chez l'enfant)	15 346	Analyses bidimensionnelles	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	+
(31) ECI–2008	Cerner les facteurs associés aux enquêtes conjointes des services de police et des intervenants en protection de l'enfance	11 807	Régression logistique multiple	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+
(32) EQI–1990	Décrire les similitudes et les différences entre les cas autochtones et non autochtones de maltraitance signalés aux services de protection de l'enfance du Québec	430	Régression logistique	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+
(33) ECI–2008	Déterminer si l'exposition à la violence conjugale seule, à la brutalité physique seule ou à la négligence seule demande la prise de mesures de protection habituelles ou une intervention d'aide familiale	11 807	Khi carré	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+
(34) ECI–1998, ECI–2003, ECI–2008	Mesurer les différences dans les préjudices liés à la violence psychologique et aux autres formes de maltraitance et déterminer si un système de catégorisation plus précis pour les cas de violence psychologique permettrait de dissocier la maltraitance des problèmes familiaux	30 972	Khi carré, tests t	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+
(35) EIO–1993, EIO–1998	Cerner les éléments responsables des changements dans les taux de maltraitance signalée et corroborée entre 1993 et 1998	5500	Tests t	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+
(36) ECI–1998, ECI–2003, ECI–2008	Étudier la différence entre risque et danger dans le contexte de la protection de l'enfance	35 214	Khi carré, tests t	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+
(37) EIO–1993	Décrire l'incidence et les caractéristiques des mauvais traitements signalés, les principales formes de maltraitance faisant l'objet d'enquête, les caractéristiques des enfants et des familles et les résultats des enquêtes	2447	Pourcentages	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+
(38) ECI–2008	Évaluer si la délinquance ou l'intervention de la justice pénale pour adolescents a une plus grande incidence que les autres problèmes de fonctionnement sur les décisions de transfert des cas vers des services continus	7842	Régression logistique	+	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+

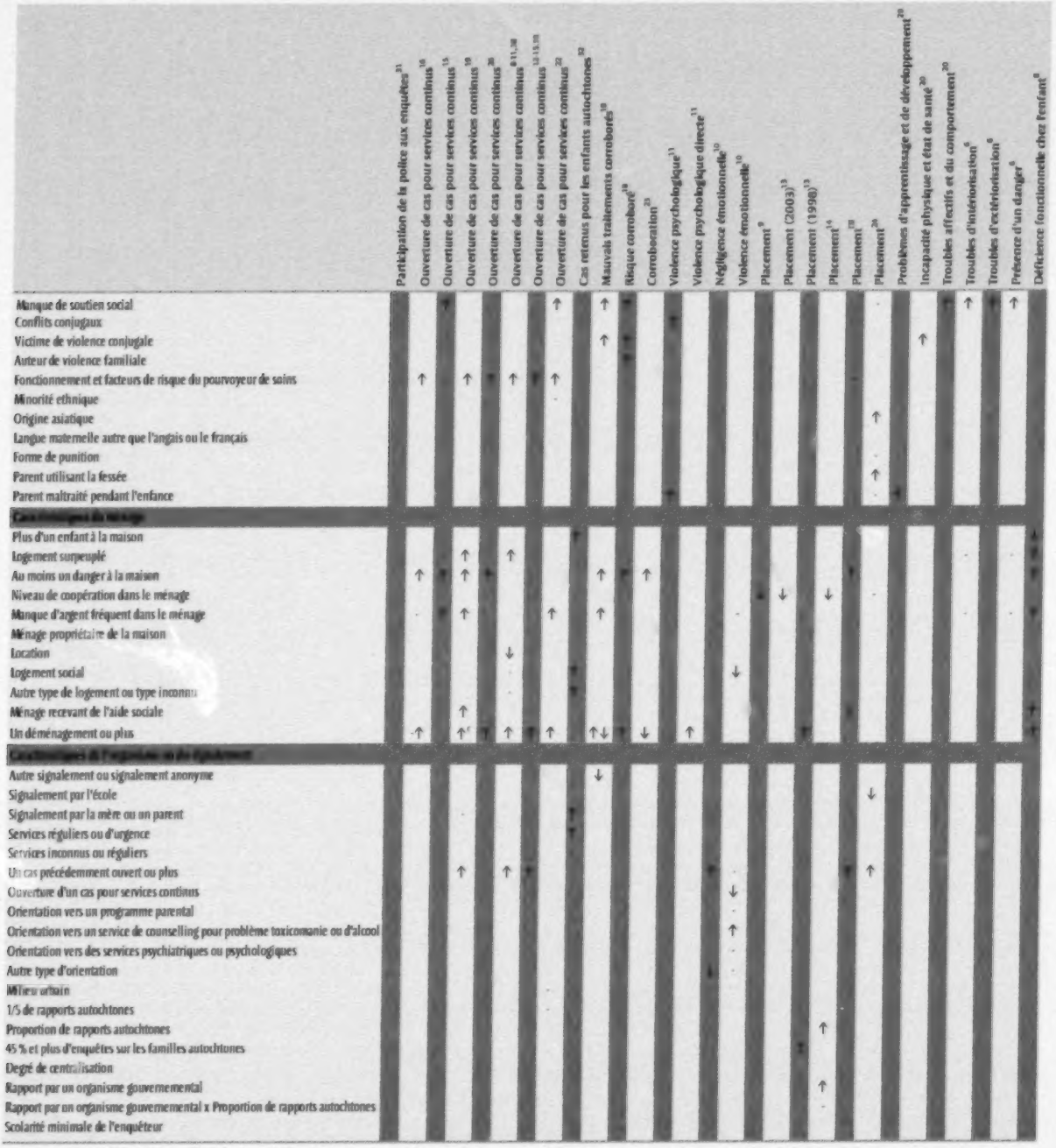
Abréviations : ECI, Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants; EIO, Étude ontarienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants; EQI, Étude québécoise sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants; PNECI, composante Premières Nations de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants.

TABLEAU 3
Liens entre les variables indépendantes, dépendantes et de contrôle dans les articles présentant des analyses multivariable

	Participation de la police aux enquêtes[37]	Ouverture de cas pour services continus[14]	Ouverture de cas pour services continus[15]	Ouverture de cas pour services continus[20]	Ouverture de cas pour services continus[20]	Ouverture de cas pour services continus[8,11,38]	Ouverture de cas pour services continus[13-15,38]	Ouverture de cas pour services continus[22]	Cas retenus pour les enfants autochtones[32]	Mauvais traitements corroborés[18]	Risque corroboré[18]	Corroboration[23]	Violence psychologique[11]	Violence psychologique directe[11]	Négligence émotionnelle[10]	Violence émotionnelle[10]	Placement[9]	Placement (2003)[13]	Placement (1998)[13]	Placement[16]	Placement[19]	Placement[26]	Problèmes d'apprentissage et de développement[20]	Incapacité physique et état de santé[20]	Troubles affectifs et du comportement[20]	Troubles d'intériorisation[6]	Troubles d'extériorisation[6]	Présence d'un danger[6]	Déficience fonctionnelle chez l'enfant[8]
Caractéristiques de l'agresseur présumé																													
Violence physique		R	R	↓	R		↑																		R		R		
Violence sexuelle		-	↑		-		↑																		↑		↑		
Négligence		↓	↑		-		↑												↑				↑						
Violence psychologique		-	↑		↑		↑																						
Exposition à la violence conjugale		-	-		-		↑																						
Exposition indirecte à la violence conjugale physique																									R		R		
Exposition à la violence conjugale psychologique																									↑		↑		
Exposition directe à la violence conjugale physique																									-		↑		
Formes concomitantes d'exposition à la violence conjugale																									↑		↑		
Plus d'un type de maltraitance																													
Risque		-			-		↑																						
Cas corroborés	↑																												
Préjudices physiques	↑		↑														↑					↑						
Préjudices mentaux et émotionnels	↑														↑	↑	↑		↑		-								
Durée																-													
Durée supérieure à 6 mois													↑																
Agresseur (présumé) masculin	↑																												
Caractéristiques de l'enfant																													
Problèmes d'attachement		-	↑							↑														↑				
Troubles intellectuels, d'apprentissage et du développement		-	↑						↑															↑	↑				
Difficultés scolaires					↑																								
SAF/EAF		-	↑							↑																			
Toxicologie positive à la naissance		↑	↑								↑																		
Sexe masculin	↓			↓	-		↓				-									↑		↑		↑	↑	-	↑	-	↑
Enfants de 6 à 15 ans							-																						
Enfants de moins de 6 ans													↑																
Enfants de plus de 15 ans			↑								↓			↑		-							↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Statut d'Autochtone			↑														↑	↑		-	↑			↑					
Incapacité physique et problème de santé		-																			↑								
Agressivité						↑				↑																			
Dépression					↑	↑				↑	↑																		
Problèmes d'attachement																							↑						
Préoccupations liées à l'intériorisation			↑																										
Préoccupations liées à l'extériorisation			↑																										
Préoccupations liées au fonctionnement biologique			-																	↑									
Préoccupations liées au fonctionnement chez l'enfant				↑			↑									-													
Caractéristiques des pourvoyeurs de soins																													
Pourvoyeur âgé de 18 ans ou moins		R																											
Pourvoyeur âgé de moins de 22 ans		-					↑																						
Pourvoyeur âgé de 22 à 30 ans		↓																											
Mère biologique âgée de 22 à 30 ans			↑																										
Père biologique âgé de plus de 30 ans			-																										
Mère biologique âgée de 17 à 21 ans			↑																										
Pourvoyeur de soins âgé de 31 à 40 ans		↓																											
Pourvoyeur de soins âgé de 41 ans ou plus		-																											
Pas de deuxième pourvoyeur de soins à la maison		-					↓				-	↓	↑																↑
Revenu à temps partiel ou saisonnier		-		↑																									
Autres avantages sociaux ou revenu découlant de l'assurance-emploi		-		↑	↑	↑						↑																	
Aucun revenu		-									↑																		
Pas d'emploi																								↓					
Toxicomanie			↑					↓		↑	↑		↑												-				
Déficience cognitive			↑								↑																		
Problèmes de santé mentale			↑							↑	↑		↑	-	-								-	↑	↑	↑	↑		
Problèmes de santé physique			↑											↑							↑								

Suite page suivante

TABLEAU 3 (suite)
Liens entre les variables indépendantes, dépendantes et de contrôle dans les articles présentant des analyses multivariable



Abréviations : EAF, effets de l'alcoolisme foetal; R, groupe de référence; SAF, syndrome dalcoolisation foetale; -, pas de lien statistiquement significatif ($p > 0,05$); ↓, lien négatif statistiquement significatif ($p < 0,05$); ↑, lien positif statistiquement significatif ($p < 0,05$).

Remarque : L'apparition de plus d'un symbole dans une cellule signifie que l'article présentait des catégories plus fines de la variable qui ont été combinées par souci de concision. Ces catégories avaient en outre des liens de différents ordres avec la variable dépendante.

[a] Cette variable combinait des dangers physiques et émotionnels.

[b] Cette variable combinait des dangers physiques et émotionnels.

[c] La valeur de la variable était de deux déménagements ou plus.

des forces de l'ECI est que l'échantillon est de taille suffisamment importante pour que soient menées des analyses multivariées complexes, ce qui explique que cet indicateur de qualité ait presque toujours reçu une note positive. Les analyses ont très souvent été jugées pertinentes et les résultats clairement présentés, sauf quand les auteurs n'avaient pas décrit quelles analyses ils avaient effectuées ou n'avaient pas clairement présenté leurs tableaux. Lorsque les analyses n'ont pas été jugées pertinentes en regard de la question de recherche, c'est souvent parce que les chercheurs avaient utilisé des analyses univariées alors qu'une approche multivariée leur aurait mieux permis d'atteindre leurs objectifs de recherche. Les études multivariées utilisaient presque toujours des variables de contrôle pertinentes afin de limiter les sources possibles de confusion. Les autres études utilisaient des analyses descriptives pour explorer de nouveaux thèmes, afin de générer de nouvelles hypothèses et d'envisager des techniques plus sophistiquées dans le cadre de futures recherches. Les conclusions ont été jugées non pertinentes lorsqu'elles dépassaient la portée des analyses, notamment lorsque les auteurs raisonnaient en termes de causalité pour décrire une association. Un article a été considéré comme limité quant à son utilité pour le champ des pratiques et politiques généralement lorsqu'aucune application pratique de ses résultats n'avait été clairement présentée, mais non à cause d'une absence réelle d'application potentielle.

En ce qui concerne les associations entre variables, certains articles étudiaient les enjeux liés à la corroboration des mauvais traitements et à la prestation de services dans l'ensemble de l'échantillon de cycles de l'ECI ou dans des suréchantillons provinciaux, alors que d'autres articles offraient des analyses utilisant des sous-groupes d'enquêtes classés selon les caractéristiques des enfants et des familles ou selon les caractéristiques d'un mauvais traitement en particulier ou de son risque. Les analyses utilisaient les diverses catégories de maltraitance comme variables de prédiction de la prestation de services, du placement ou des problèmes de fonctionnement chez l'enfant ou de danger, mais pas de prédiction de la corroboration des mauvais traitements. Il est intéressant de noter que la présence de danger n'a pas été utilisée pour prédire la corroboration, bien qu'un danger observable utilisé comme preuve de mauvais traitements puisse sans doute faciliter pour les intervenants de la protection à l'enfance la corroboration d'allégations de maltraitance.

Notre examen a révélé l'existence de nouveaux champs de recherche utiles pour les politiques. Un article décrivant les pratiques de signalement des professeurs et la réponse à celles-ci des services de protection de l'enfance[23] illustre la présence de professionnels d'horizons variés impliqués dans la lutte contre la maltraitance à l'égard des enfants. On connaît ainsi mieux les pratiques de signalement des différentes professions, un autre article traitant par exemple du processus de signalement de cas aux organismes de protection de l'enfance par les professionnels de la santé[39]. Dans la même veine, un article abordait les variables associées aux enquêtes menées conjointement par les services de police et par les intervenants de protection de l'enfance[31].

Malgré la volonté de minimiser les modifications au questionnaire de l'ECI entre les cycles, certains changements ont été effectués afin de refléter des changements dans les pratiques elles-mêmes. Par exemple, le cycle de l'ECI 2008 a été modifié afin de recueillir de l'information sur les enquêtes pour risque[3]. L'un des articles a ainsi voulu dégager les conditions d'apparition d'un nouveau risque de maltraitance à partir d'incidents passés de mauvais traitements[18].

L'utilisation des données de l'ECI a évolué au fil du temps : alors que dans l'examen précédent[7] 54 % des analyse étaient multivariées, dans le présent examen c'était le cas de 62,5 % d'entre elles. Cependant, malgré l'utilisation accrue de techniques multivariées, les objectifs de la plupart des études ne présentaient pas d'hypothèses allant dans une direction claire, ce qui avait pourtant été recommandé[7].

L'examen précédent[7] avait permis de constater que la violence physique était la catégorie de maltraitance la plus souvent étudiée et l'exposition à la violence conjugale la moins étudiée. L'examen présenté ici nous apprend que presque tous les articles fondés sur des analyses multivariées incluaient soit toutes les formes de maltraitance soit aucune à titre de variables indépendantes ou de contrôle. La constatation que plusieurs publications aient mis l'accent sur l'exposition à la violence conjugale, à la violence psychologique et à la négligence est importante pour les décideurs car la négligence et l'exposition à la violence conjugale étaient les première et deuxième formes corroborées de mauvais traitements dans l'ECI 2008 et la violence psychologique la quatrième[3]. Les trois articles centrés sur la négligence en ont cerné les facteurs de risque[29,33], ont constaté une faible présence de danger[29] et ont constaté également que les pères étaient plus souvent susceptibles d'être absents dans les cas de négligence[28]. Les trois articles centrés sur la violence psychologique ont noté que l'amélioration dans la clarté des définitions pour l'ECI 2008 avait permis de différencier occurrence et risque de violence psychologique[34] et ils ont également prouvé que la violence psychologique est généralement associée à d'autres formes de maltraitance[11] et que les cas corroborés de violence psychologique sont associés à des répercussions émotionnelles plus graves que celles constatées avec les autres formes de maltraitance[10]. Les trois articles centrés sur l'exposition à la violence conjugale et décrivant les caractéristiques des cas d'exposition à la violence conjugale seulement, d'exposition à la violence conjugale et à d'autres mauvais traitements et enfin d'exposition à d'autres mauvais traitements seulement[25] ont permis d'avancer que l'exposition à des sous-catégories différentes de violence conjugale peut conduire à des associations différentes au fonctionnement chez l'enfant[6] et que les enquêtes sur l'exposition à la violence conjugale ou à des brutalités physiques seulement avaient des facteurs de risque moindres et étaient moins susceptibles de demeurer ouvertes que les autres enquêtes[33].

Un autre thème d'importance sur les utilisations récentes des données de l'ECI est celui des enquêtes impliquant les enfants des Premières Nations. Cinq articles ont traité de thèmes spécifiquement liés aux enfants des Premières Nations, soit les facteurs ayant une incidence sur leur surreprésentation à l'étape de l'enquête[30], les décisions liées au placement[9,13,14] et les différences d'avec les rapports sur les enfants non autochtones[32].

Comparativement aux enquêtes visant les enfants non autochtones, celles visant les enfants des Premières Nations relevaient un pourcentage plus élevé pour chaque facteur de risque associé au pourvoyeur de soins ou au ménage (à l'exception des problèmes de santé) identifié par les intervenants[30]. Cette tendance pourrait justifier le besoin d'accroître la disponibilité des services d'aide aux familles dans les communautés des Premières Nations. Toutefois, le fait que les facteurs de risque aient été plus élevés pour ces familles peut relever d'un biais dans l'évaluation.

Points forts et limites

Notre examen comporte plusieurs points forts. Afin d'accroître l'exactitude de l'évaluation, tous les articles ont été examinés par au moins deux évaluateurs n'étant pas auteurs de ces articles. Nous avons utilisé le même outil normalisé d'évaluation de la qualité que celui du précédent examen sur l'utilisation des données de l'ECI[7] afin que les conclusions soient comparables. Nous avons inclus à la fois des articles récents et des articles basés sur les données des suréchantillons, ce qui a permis d'accroître notre éventail d'études.

Notre examen présente également des limites. Il n'inclut aucun chapitre d'ouvrage, aucune thèse et aucun mémoire, aucun rapport gouvernemental ou d'organisme et aucun manuscrit non publié. Il est possible qu'en excluant ces sources nous ayons échoué à témoigner de l'envergure et de la profondeur de la recherche utilisant les données de l'ECI et celles du suréchantillon de l'ECI. Nous avons toutefois décidé d'exclure ces sources car elles ne sont généralement pas soumises à une évaluation par des pairs. Malgré l'existence de suréchantillons pour la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest, aucune analyse découlant de ces données n'a été, à notre connaissance, publiée dans une revue à comité de lecture. Les demandes de données pour ces suréchantillons ne passant pas nécessairement par l'Agence de la santé publique du Canada, il est également possible que certains articles nous aient échappé. De plus, étant donné que nous avons seulement inclus les articles publiés, nos conclusions peuvent souffrir d'un biais de publication (c'est-à-dire les corrélations entre variables statistiquement significatives peuvent avoir été surreprésentées parce que les associations non significatives ont moins de chance d'être publiées). Notons cependant à cet égard que la plupart des articles inclus présentaient également les résultats pour les associations non significatives entre variables. Nous avons inclus ces résultats dans le tableau 3 afin d'illustrer l'absence de liens entre certaines variables indépendantes et dépendantes.

Nos conclusions sont également dépendantes des limites relatives à la nature des données de l'ECI. Certaines d'entre elles ont été soulignées lors de l'examen des articles, en particulier les variations saisonnières, l'absence de vérification indépendante des données et l'utilisation d'informateurs par procuration. De plus, les données de l'ECI n'incluaient que les enfants dont la situation avait fait l'objet d'un signalement auprès d'un organisme d'aide à l'enfance ou d'une enquête auprès de ce dernier. Par conséquent, le biais de sélection peut avoir une incidence sur la population d'enfants considérée dans l'ECI, étant donné que les enfants ayant déjà subi de la maltraitance ou de la négligence (par exemple les enfants provenant de familles à faible revenu) sont davantage susceptibles de faire l'objet d'un rapport de l'aide à l'enfance que les autres enfants[3].

De plus, la validité des critères associés aux variables des données de l'ECI est variable. Par exemple, les intervenants en protection de l'enfance qui enquêtent sur les cas de maltraitance ou d'allégation de maltraitance peuvent être davantage qualifiés pour l'évaluation des caractéristiques des mauvais traitements que pour celle des variables associées aux problèmes de fonctionnement chez l'enfant et le pourvoyeur de soins, puisque leur principal objectif est justement la caractérisation du mauvais traitement. Comme nous l'avons déjà mentionné[40], les problèmes de fonctionnement chez l'enfant peuvent être sous-estimés car ils sont évalués au moyen d'une liste de vérification des problèmes connus ou pressentis par les intervenants en protection de l'enfance plutôt qu'au moyen d'une évaluation systématique normalisée, ce qui est impossible dans le cadre de l'étude. De plus, tous les éléments relatifs au fonctionnement chez l'enfant ne sont pas pertinents pour tous les groupes d'âge. Les études utilisant tout l'éventail des groupes d'âge des enfants ayant fait l'objet d'une enquête auraient pu, pour tenir compte de ce paramètre, être limitées aux âges des enfants qu'elles incluaient dans l'analyse, ce qui n'était pas le cas pour la plupart d'entre elles.

Enfin, les variables ont été mesurées au moment de l'enquête, ce qui fait qu'il est impossible de savoir si le mauvais traitement a eu lieu avant les problèmes de fonctionnement chez l'enfant, et par conséquent aucun lien de causalité n'a pu être établi. Ces limites sont importantes pour ceux qui utilisent ces connaissances comme pour les chercheurs eux-mêmes. Ces derniers pourraient tenter de voir comment améliorer la qualité des données en tenant compte des limites de l'étude.

Conclusion

Notre examen a décrit les évolutions dans l'usage des données de l'ECI et de ses suréchantillons pour répondre aux questions touchant la corroboration, le placement, la prestation de services et l'incidence des mauvais traitements sur le fonctionnement chez l'enfant. Il est évident que plusieurs facteurs influent sur ces résultats. Dans leurs analyses les plus récentes, les chercheurs se sont concentrés sur les catégories de maltraitance insuffisamment étudiées jusqu'ici (exposition à la violence conjugale, négligence et violence psychologique) et ont étudié les facteurs spécifiques touchant les enfants des Premières Nations[7]. Cet examen a révélé l'existence de nouveaux champs de recherche utiles pour les politiques. Il a également établi que, de manière générale, les données des suréchantillons de l'ECI ont été sous-utilisées dans la littérature évaluée par les pairs. Les chercheurs utilisant les données de l'ECI vont pouvoir tirer profit de ces résultats, car les erreurs fréquentes ont été relevées. La synthèse des conclusions de recherche peut aider les chercheurs à cerner les thèmes non étudiés de l'ECI.

Dans le but d'atteindre les objectifs de recherche proposés, les études utilisant les données de l'ECI et de ses suréchantillons devraient continuer à utiliser des méthodes de modélisation statistique sophistiquées afin de tirer profit au maximum de l'information disponible.

Remerciements

Les auteurs aimeraient remercier les D^res^ Wendy Hovdestad et Anne-Marie Ugnat pour leur aide dans l'évaluation de certains articles inclus dans l'analyse présentée ici.

Références

1. Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B et collab. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (EIC) : Rapport final. Ottawa (Ont.) : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2001.

2. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B et collab. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003. Ottawa (Ont.) : ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada; 2005.

3. Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : Données principales. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

4. Tonmyr L, Jack SM, Brooks S, Williams G, Campeau A, Dudding P. Utilisation de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) par les organismes de protection de l'enfance en Ontario. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2012;33(1):33-43.

5. Tonmyr L, Martin WK. How has child maltreatment surveillance data been used in Canada?. Health Res Policy Syst. 2014; 12(1):65:1-9.

6. Gonzalez A, MacMillan H, Tanaka M, Jack SM, Tonmyr L. Subtypes of exposure to intimate partner violence within a Canadian child welfare sample: Associated risks and child maladjustment. Child Abuse Negl. 2014;38:1934-1944.

7. Tonmyr L, Ouimet C, Ugnat AM. A review of findings from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS). Can J Public Health. 2012;103(2):103-112.

8. Afifi TO, Taillieu T, Cheung K, Laurence YK, Tonmyr L, Sareen J. Substantiated reports of child maltreatment from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS) 2008: examining child and household characteristics and child functional impairment. Can J Psychiatry. 2015;60(7):315-323.

9. Chabot M, Fallon B, Tonmyr L, MacLaurin B, Fluke J, Blackstock C. Exploring alternate specifications to explain agency-level effects in placement decisions regarding aboriginal children: further analysis of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect Part B. Child Abuse Negl. 2013; 37:61-76.

10. Chamberland C, Fallon B, Black T, Trocmé N, Chabot M. Correlates of substantiated emotional maltreatment in the second Canadian Incidence Study. J Fam Viol. 2012;27:201-213.

11. Chamberland C, Laporte L, Lavergne C et collab. Psychological maltreatment of children reported to youth protection services. J Emotional Abuse. 2005;5:65-94.

12. Clément M-E, Chamberland C, Tourigny M, Mayer M. Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. Child Abuse and Neglect. 2009; 33:750-765.

13. Fallon B, Chabot M, Fluke J, Blackstock C, MacLaurin B, Tonmyr L. Placement decisions and disparities among Aboriginal children: further analysis of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect Part A: comparisons of the 1998 and 2003 surveys. Child Abuse Negl. 2013;37:47-60.

14. Fallon B, Chabot M, Fluke J, Blackstock C, Sinha V, Allan K, MacLaurin B. Exploring alternate specifications to explain agency-level effects in placement decisions regarding Aboriginal children: further analysis of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect Part C. Child Abuse Negl. 2015 [sous presse].

15. Fallon B, Ma J, Black T, Wekerle C. Characteristics of young parents investigated and opened for ongoing services in child welfare. Int J Ment Health Addiction. 2011;9:365-381.

16. Fallon B, Ma J, Allan K, Pillhofer M, Trocmé N, Jud A. Opportunities for prevention and intervention with young children: lessons from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013;7:1-13.

17. Fallon B, Ma J, Allan K, Trocmé N, Jud A. Child maltreatment-related investigations inving infants: opportunities for resilience? Int J Child Adolesc Resil. 2013;1:35-47.

18. Fallon B, Trocmé N, MacLaurin B, Sinha V, Black T. Untangling risk of maltreatment from events of maltreatment: An analysis of the 2008 Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS-2008). Int J Ment Health Addiction. 2011;9:460-479.

19. Fast E, Trocmé N, Fallon B, Ma J. A troubled group? Adolescents in a Canadian child welfare sample. Child Youth Serv Rev. 2014; 46:47-54.

20. Feldman M, McConnell D, Aunos M. Parental cognitive impairment, mental health, and child outcomes in a child protection population. J Ment Health Res Intellect Disabil. 2012;5(1):66-90.

21. Hovdestad W, Shields M, Williams G, Tonmyr L. Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2015;35(8/9):152-60.

22. Jud A, Fallon B, Trocmé N. Who gets services and who does not? Multi-level approach to the decision for ongoing child welfare or referral to specialized services. Child Youth Serv Rev. 2012;34:983-988.

23. King CB, Scott KL. Why are suspected cases of child maltreatment referred by educators so often unsubstantiated? Child Abuse Negl. 2014;38:1-10.

24. Lee B, Rha W, Fallon B. Physical abuse among Asian families in the Canadian child welfare system. J Aggress Maltreat Trauma. 2014;23:532-551.

25. Lefebvre R, Van Wert M, Black T, Fallon B, Trocmé N. A profile of exposure to intimate partner violence investigations in the Canadian child welfare system: an examination using the 2008 Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS-2008). Int J Child Adolesc Resil. 2013;1(1):60-73.

26. Ma J, Van Wert M, Lee B, Fallon B, Trocmé N. Non-English/non-French speaking caregivers involved with the Canadian child welfare system: Findings from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect (CIS-2008). Int J Child Adolesc Resil. 2013; 1(1):23-34.

27. Marcotte J, Cloutier R, Tourigny M et collab. Mauvais traitements ou troubles de comportement : Étude des variables qui distinguent l'appartenance à l'un ou l'autre de ces problématiques. Intervention. 2003;119: 58-70.

28. Mayer M, Dufour S, Lavergne C, Girard M, Trocmé N. Structures familiales, paternité et négligence : des réalités à revisiter. Revue de psychoéducation. 2006;35(1):155-176.

29. Ruiz-Casares M, Trocmé N, Fallon B. Supervisory neglect and risk of harm. Evidence from the Canadian child welfare system. Child Abuse Negl. 2012;36:471-480.

30. Sinha V, Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B. Understanding the investigation-stage overrepresentation of First Nations children in the child welfare system: an analysis of the First Nations component of the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2008. Child Abuse Negl. 2013;37:821-831.

31. Tonmyr L, Gonzalez A. Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques. 2015;35(8/9):138-46.

32. Tourigny M, Domond P, Trocmé N, Sioui B, Baril K. Incidence of maltreatment of Aboriginal children reported to youth protection in Quebec: intercultural comparisons. First Peoples Child Family Rev. 2007;3(3):103-119.

33. Trocmé N, Fallon B, Sinha V, Van Wert M, Kozlowski A, Maclaurin B. Differentiating between child protection and family support in the Canadian child welfare system's response to intimate partner violence, corporal punishment, and child neglect. Int J Psychol. 2013;48(2):128-140.

34. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin et collab. Shifting definitions of emotional maltreatment: an analysis child welfare investigation laws and practices in Canada. Child Abuse Negl. 2011;35:831-840.

35. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Neves T. What is driving increasing child welfare caseloads in Ontario? Analysis of the 1993 and 1998 Ontario Incidence Studies. Child Welfare. 2005;84(3):341-362.

36. Trocmé N, Kyte A, Sinha V, Fallon B. Urgent protection versus chronic need: clarifying the dual mandate of child welfare services across Canada. Soc Sci. 2014;3:483-498.

37. Trocmé N, McPhee D, Tam KK. Child abuse and neglect in Ontario: uncidence and characteristics. Child Welfare. 1995;74(3):563-586.

38. Van Wert M, Ma J, Lefebvre R, Fallon B. An examination of delinquency in a national Canadian sample of child maltreatment-related investigations. Int J Child Adolesc Resil. 2013;1(1):48-59.

39. Tonmyr L, Li A, Williams G, Scott D, Jack S. Patterns of reporting to child protection services in Canada by healthcare and non-healthcare professionals. Paediatr Child Health. 2010;15(8):e25-e32.

40. Nasserie T. Éléments relatifs au fonctionnement de l'enfant dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI). Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2014.

Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008

L. Tonmyr, Ph. D. (1); A. Gonzalez, Ph. D. (2)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Dans cette étude, nous examinons la fréquence des enquêtes conjointes menées par les services de protection de l'enfance et les services de police dans les cas d'abus sexuels en comparaison des autres types de maltraitance. Nous examinons également les associations, dans les enquêtes conjointes, entre les caractéristiques relatives à l'enfant, celles relatives au pourvoyeur de soins de l'enfant, celles relatives aux mauvais traitements eux-mêmes et celles relatives à l'enquête, en nous intéressant plus particulièrement aux enquêtes sur les abus sexuels.

Méthodologie : Nous avons analysé par régression logistique les données de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008.

Résultats : D'après les données, les enquêtes conjointes portent en premier lieu sur les abus sexuels (55 %), puis sur la violence physique, la négligence et la violence psychologique. La corroboration des mauvais traitements, les mauvais traitements graves, le placement, l'intervention des tribunaux de la jeunesse et l'orientation d'un membre de la famille vers des services spécialisés sont plus fréquents quand les services de police participent à l'enquête.

Conclusion : Cette étude vient bonifier l'information limitée dont on dispose sur les corrélats des enquêtes conjointes menées par les agences de protection de l'enfance et les services de police. D'autres recherches devront être effectuées pour déterminer l'efficacité de ces enquêtes conjointes.

Mots-clés : violence envers les enfants, abus sexuels d'enfants, maltraitance envers les enfants, police, travailleur des services de protection de l'enfance

Principales constatations

- Les abus sexuels sont la catégorie de maltraitance qui fait le plus souvent l'objet d'enquêtes conjointes par les services de protection de l'enfance et les services de police, suivis par la violence physique, la négligence et la violence psychologique.
- Nous avons constaté que les enquêtes conjointes étaient associées à une probabilité supérieure de corroboration des mauvais traitements, de mauvais traitements graves, de placement, d'intervention des tribunaux de la jeunesse et d'orientation d'un membre de la famille vers des services spécialisés.

Introduction

La maltraitance des enfants est un problème complexe, dont la résolution exige des approches multidisciplinaires. Les déterminants sociaux de la santé débordent presque toujours le champ de compétence traditionnel du secteur de la santé, ce qui est particulièrement vrai de la maltraitance envers les enfants en tant que problème de santé[1]. Les policiers et les travailleurs des services de protection de l'enfance ont pour mandat de protéger les enfants de toute forme de danger et, depuis la fin des années 1960, les policiers collaborent activement avec les travailleurs sociaux afin de protéger les enfants contre les mauvais traitements[2]. Les enquêtes menées conjointement par les services de protection de l'enfance et les services de police répondent bien à l'approche en santé publique de lutte contre la maltraitance des enfants. De fait, l'Organisation mondiale de la santé favorise la collaboration multisectorielle comme mesure de prévention de la maltraitance et d'amélioration de la santé des enfants[3]. Ce type d'enquêtes conjointes a permis de renforcer la communication et la collaboration entre les services de police et les organismes de protection de l'enfance, avec la mise en place de politiques écrites, d'ententes interagences et d'équipes multidisciplinaires.

Malgré l'abondance d'études sur les attitudes et les perceptions relatives aux collaborations entre agences, il existe peu de données sur les caractéristiques des enquêtes conjointes. Une meilleure compréhension des facteurs

Rattachement des auteurs :

1. Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Offord Centre for Child Studies, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Lil Tonmyr, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, I.A. 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-240-6334; courriel : lil.tonmyr@phac-aspc.gc.ca

associés aux enquêtes conjointes pourrait pourtant améliorer les normes dans les pratiques et politiques.

Même si les provinces et les territoires canadiens disposent tous de protocoles définissant quand et comment les enquêtes conjointes doivent être menées, la nature et l'étendue de la collaboration varient, tout comme c'est le cas aux États-Unis[4]. À titre d'exemple, en Alberta, en vertu du *Code criminel* du Canada, les travailleurs en protection de l'enfance avisent les services de police s'ils croient qu'une infraction a été commise[5]. En Colombie-Britannique, lorsqu'un policier a des motifs raisonnables de croire qu'il existe un danger immédiat pour la sécurité ou le bien-être d'un enfant, il est autorisé à prendre en charge l'enfant et doit en aviser un travailleur des services de protection de l'enfance aussi rapidement que possible[6].

Les Centres d'appui aux enfants constituent un autre exemple de collaboration au Canada. Ces centres, financés par le ministère de la Justice depuis 2010, font actuellement l'objet d'une évaluation[7]. L'efficacité de centres similaires a déjà été prouvée aux États-Unis[8]. Ils offrent des services axés sur les enfants et emploient des équipes composées de représentants des organismes d'application de la loi, des services de protection de l'enfance, ceux des poursuites judiciaires, ceux de santé mentale et ceux de défense des droits des victimes et de défense de l'enfant[8].

Les enquêtes se situent en général dans un continuum : enquêtes conjointes officielles, pour lesquelles les deux groupes de professionnels *doivent* collaborer relativement à certains types de maltraitance, enquêtes conjointes informelles, dans le cadre desquelles ils *peuvent* collaborer et enquêtes distinctes, qui relèvent exclusivement de l'un ou de l'autre[9]. Les protocoles relatifs aux enquêtes conjointes officielles concernent le plus souvent les cas de violence physique et ceux d'abus sexuel[9]. Ces enquêtes conjointes ont pour objectif, en premier lieu, de rendre la démarche moins désagréable et moins traumatisante pour l'enfant en diminuant le nombre d'entrevues[10] et, en second lieu, de mieux protéger l'enfant en améliorant le rassemblement des éléments de preuve grâce à une communication accrue entre professionels[10,11].

TABLEAU 1
Description des variables utilisées dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008

Variable[a]	Description
Enquête conjointe	Étendue de l'intervention policière dans l'enquête : enquête seule, accusations envisagées, accusations portées.
Abus sexuel	L'enfant a été agressé ou exploité sexuellement. L'abus peut prendre les formes suivantes : pénétration; tentative de pénétration; relations sexuelles orales; attouchements; conversations ou images à caractère sexuel; voyeurisme; exhibitionnisme; exploitation; « autre abus sexuel ».
Violence physique	L'enfant a subi ou aurait pu subir des sévices physiques. Codes utilisés : secouer, pousser, attraper, projeter, frapper avec la main, donner un coup de poing, donner un coup de pied, mordre, frapper avec un objet, étrangler, empoisonner, poignarder, « autre abus physique ».
Négligence	L'enfant a subi des sévices, ou sa sécurité et son développement ont été compromis parce que son pourvoyeur de soins n'a pas subvenu à ses besoins ou ne l'a pas protégé adéquatement. Codes utilisés : défaut de superviser menant ou pouvant mener à des sévices; défaut de superviser menant ou pouvant mener à des abus sexuels; attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel; négligence physique; négligence médicale (incluant la négligence de soins dentaires); défaut de soins pour un traitement psychologique; abandon; négligence éducative.
Violence psychologique	L'enfant a subi ou risquait fortement de subir des sévices psychologiques causés par son pourvoyeur de soins. Les codes suivants étaient utilisés : terreur, menace de violence, violence verbale, dépréciation, isolement, confinement, soutien ou affection insuffisants, exploitation, comportements corrupteurs, exposition à la violence autre que celle du partenaire.
Exposition à la violence conjugale	L'enfant a été le témoin direct de violence entre conjoints; l'enfant a été exposé indirectement à la violence (l'enfant a entendu mais rien vu, a vu certaines conséquences immédiates de la violence comme des blessures, ou encore quelqu'un lui a parlé de l'agression ou il a entendu une conversation à ce sujet); l'enfant a été exposé à la violence psychologique entre conjoints.
Type multiple	Tout type d'abus sexuel survenant simultanément à une autre forme de maltraitance.
Présence de problèmes de toxicomanie (alcool ou drogues) chez le principal pourvoyeur de soins de l'enfant	Un diagnostic a été posé par le travailleur des services de protection de l'enfance ou par un autre professionnel, ou encore des observations, des mentions, des notes au dossier ou un avis formulé au terme de l'enquête donnent à penser qu'il est probable que le principal pourvoyeur de soins de l'enfant a un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme.
Violence conjugale confirmée/ soupçonnée	Si le travailleur des services de protection de l'enfance a soupçonné ou confirmé que le principal pourvoyeur ou le deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant était victime ou auteur de violence conjugale.
Sexe de l'enfant	Masculin/féminin.
Âge de l'auteur présumé	40 ans ou moins/41 ans ou plus.
Sexe de l'auteur présumé	Masculin/féminin.
Auteur présumé	Principal pourvoyeur de soins de l'enfant, deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant ou « autre personne »[a].
Mauvais traitements corroborés	L'enquête menée par un travailleur des services de protection de l'enfance a permis de confirmer les mauvais traitements à l'endroit de l'enfant.

Suite page suivante

TABLEAU 1 (suite)
Description des variables utilisées dans l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008

Variable[a]	Description
Sévices	Sévices physiques ou psychologiques.
Gravité	L'enfant a dû suivre une thérapie en raison des sévices mentaux ou psychologiques subis, ou bien a dû recevoir des soins médicaux, ou bien sa santé et sa sécurité ont été gravement compromises.
Orientation	Au moins une orientation pour un membre de la famille vers des services.

Remarque : Le choix des variables a été guidé par les travaux de Cross et collab.[17], ainsi que par les hypothèses formulées au sujet des facteurs susceptibles d'augmenter la probabilité des enquêtes conjointes.

[a] Nous avons mentionné la relation existant seulement dans les enquêtes où l'abus sexuel était l'unique catégorie de maltraitance.

Tant les travailleurs en protection de l'enfance que les policiers se sont montrés en partie insatisfaits quant à la collaboration dans les enquêtes sur la maltraitance envers les enfants. Stanley et collab.[12] ont constaté que les policiers comprenaient mal l'usage fait par les travailleurs en protection de l'enfance des renseignements communiqués. Ils se sont dits également insatisfaits du temps mis par les travailleurs des services de protection de l'enfance pour leur transmettre l'information sur les dossiers[12], ainsi que de leurs attitudes, de leur efficacité dans le travail et de leur capacité à prendre des decisions[2]. Selon Holdaway[13], les travailleurs des services de protection de l'enfance ne sont pas toujours disponibles au moment voulu, ce qui oblige les services de police à composer avec différents problèmes (p. ex., un parent est arrêté tôt le matin et son enfant a besoin d'un refuge). De leur côté, les travailleurs en protection de l'enfance étaient insatisfaits des démarches trop rapides des policiers et considéraient que ceux-ci n'étaient pas ouverts aux critiques constructives[14]. De plus, la culture policière s'est révélée parfois incompatible avec les attitudes anti-discrimination et anti-oppression des travailleurs en protection de l'enfance[2]. La principale source de conflits entre policiers et travailleurs des services de protection de l'enfance s'est révélée être la réalisation des entrevues auprès des enfants[14]. Les contraintes organisationnelles (heures de travail différentes et territoires de compétence ne se chevauchant pas) et le manque de ressources se sont ajoutées aux difficultés posées par la collaboration. Chacun des organismes a estimé que son identité professionnelle risquait de s'éroder au fil du temps[14].

En dépit de ces difficultés, les enquêtes conjointes ont leurs avantages : la collaboration améliore la communication entre policiers et travailleurs des services de protection de l'enfance, les deux groupes professionnels échangent de l'information de manière plus équitable, planifient de manière plus globale, se soutiennent mutuellement et apportent à l'enquête leurs compétences, leurs connaissances et leur expérience spécifiques[14].

Les avantages de la collaboration peuvent également s'observer sur le plan individuel. Les travailleurs en protection de l'enfance se sont sentis mieux protégés en présence des policiers lors de situations potentiellement dangereuses[2]. De plus, les policiers étant autorisés par la loi à employer la force dans certaines circonstances, leur présence peut être demandée pour des interventions qui concernent des conflits familiaux à haut risqué[13]. De surcroît, une collaboration étroite favorise une meilleure compréhension de la fonction, de l'importance et des compétences de l'autre organisme. Ainsi, des travailleurs en protection de l'enfance ont affirmé que les policiers leur avaient permis de mieux comprendre le système de justice pénale[14], tandis que, grâce aux travailleurs en protection de l'enfance, les policiers ont dit avoir appris comment mieux communiquer avec les enfants, par exemple en utilisant un langage approprié ou en ayant recours à des jouets et au jeu pour faciliter les interventions auprès d'eux[15]. Les enquêtes conjointes sont également susceptibles d'éviter à l'enfant de devoir participer à plusieurs entrevues similaires[4,16].

Les connaissances sur les caractéristiques des enquêtes conjointes sont rares. Une étude réalisée aux États-Unis a permis de constater que davantage d'enquêtes sur les abus sexuels étaient menées en collaboration (45 %), en comparaison d'autres types d'enquêtes comme celles concernant la violence physique (28 %) et la négligence (18 %)[17]. La crédibilité d'une allégation s'est trouvée fortement associée à la participation des policiers à l'enquête. En outre, l'abus d'alcool ou de drogues par le pourvoyeur de soins de l'enfant, la gravité de l'abus et la présence de violence familiale active ont plus souvent entraîné une participation des services de police. Par ailleurs, il était plus probable que l'enfant ou sa famille reçoivent des services en cas d'enquête policière[17].

Aucune étude de ce type n'a été réalisée au Canada. D'après une étude de mise en situation visant à évaluer les attitudes à l'égard des cas d'inceste, les policiers chercheraient principalement à recueillir des éléments de preuve, tandis que les travailleurs en protection de l'enfance se concentreraient sur la sécurité de l'enfant et sur les conséquences à long terme pour la famille[18]. Cependant, malgré leur pertinence, les mises en situation hypothétiques ne tiennent pas

TABLEAU 2
Répartition des principales formes de maltraitance visées par les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police

Principale forme de maltraitance	Enquêtes conjointes			
	Non		Oui	
	N	%	N	%
Exposition à la violence conjugale	2562	94,4	153	5,6
Violence psychologique	1001	92,2	85	7,8
Négligence	3915	90,0	436	10,0
Violence physique	2340	79,0	621	21,0
Abus sexuel	308	44,4	386	55,6

TABLEAU 3
Catégories de maltraitance visées par les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur des abus sexuels

Distribution des catégories de maltraitance	N	%
Abus sexuel seulement	573	68,1
Abus sexuel et négligence	128	15,2
Abus sexuel et violence physique	43	5,1
Abus sexuel et violence psychologique	23	2,7
Abus sexuel et exposition à la violence conjugale	23	2,7
Abus sexuel, négligence et violence psychologique	13	1,5
Abus sexuel, négligence et exposition à la violence conjugale	13	1,5
Abus sexuel, violence physique et violence psychologique	8	1,0
Abus sexuel, violence physique et exposition à la violence conjugale	8	1,0
Abus sexuel, violence physique et négligence	7	0,8
Abus sexuel, violence psychologique et exposition à la violence conjugale	—	—

— Effectifs inférieurs à 5.

compte de la complexité du processus de décision et pourraient ne pas refléter la réalité.

C'est dans ce contexte de pénurie de connaissances que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et ses partenaires ont lancé l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI), qui offre une occasion unique, grâce à l'utilisation de techniques multidimensionnelles, d'étudier la contribution de la police au travail des agences de protection de l'enfance.

Nous nous servons dans cette étude des données de l'ECI pour étudier la fréquence des enquêtes menées conjointement par les services de protection de l'enfance et les services de police dans les cas d'abus sexuels comparativement aux autres types de mauvais traitements et pour étudier, dans les enquêtes conjointes, les associations entre les caractéristiques relatives à l'enfant, celles relatives au pourvoyeur de soins de l'enfant, celles relatives aux mauvais traitements eux-mêmes et celles relatives à l'enquête, en nous intéressant plus particulièrement aux enquêtes sur les abus sexuels. Bien que toutes les formes de maltraitance envers les enfants puissent faire l'objet d'enquêtes conjointes, notre examen a porté essentiellement sur les abus sexuels car l'ensemble des provinces et des territoires du Canada ont mis en place des protocoles de collaboration dans les cas d'abus sexuels [5,6,19-28].

TABLEAU 4
Caractéristiques de l'enfant et du principal pourvoyeur de soins de l'enfant dans les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police

	Enquêtes conjointes					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexe de l'enfant						
Masculin	120	27,4	179	44,3	299	35,5
Féminin	318	72,6	225	55,7	543	64,5
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Problèmes de toxicomanie chez la principale personne s'occupant de l'enfant						
Soupçonnés/confirmés	16	3,7	12	3,0	28	3,3
Non	422	96,3	392	97,0	814	96,7
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Âge moyen (ans) de l'enfant (ET)	9,1 (4,2)		8,4 (4,0)		8,8 (4,1)	

Abréviation : ET, écart-type.

Méthodologie

Source de données

Les données utilisées proviennent de l'ECI 2008[29]. L'ASPC et ses partenaires ont créé l'ECI afin d'obtenir des estimations du nombre de cas de maltraitance envers les enfants signalés aux agences de protection de l'enfance à l'échelle du Canada. L'ECI a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université McGill. La méthodologie de l'ECI est décrite ailleurs[29]. En résumé, elle utilise un modèle d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés permettant de réunir un échantillon d'enquêtes réalisées dans les 13 provinces et territoires du Canada. Pour 2008, les données ont été recueillies du 1er octobre au 31 décembre 2008, auprès de 112 des 412 agences existantes. Les travailleurs des services de protection de l'enfance ont fourni des renseignements sur chaque enfant ayant fait l'objet d'une enquête en remplissant le formulaire de trois pages normalisé de l'ECI, de quatre à six semaines après le signalement initial à l'agence. Les chercheurs avaient donné une formation d'une demi-journée sur la manière de remplir ce formulaire et étaient disponibles pour répondre aux questions pendant toute la période de collecte des données.

Mesures

Le choix des variables a été guidé par les travaux de Cross et collab.[17] ainsi que par les hypothèses relatives aux facteurs susceptibles d'accroître la probabilité d'une enquête conjointe (tableau 1)[29]. Les catégories de maltraitance étaient l'exposition à la violence conjugale, la violence psychologique, la négligence, la violence physique et l'abus sexuel. Dans l'ECI, jusqu'à trois formes de maltraitance ont été consignées par enfant.

Analyse statistique

Notre analyse portait uniquement sur les enquêtes pour maltraitance envers un enfant. Les enquêtes relatives au « risque de mauvais traitements futurs » ont été exclues, de même que celles portant sur des jeunes de plus de 15 ans, car 15 ans est l'âge maximal pour bénéficier des services de

TABLEAU 5
Caractéristiques des mauvais traitements envers les enfants et variables associées dans les enquêtes des services de protection de l'enfance et des services de police

	Enquêtes conjointes					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abus sexuel seulement / abus sexuel et autres mauvais traitements						
Type multiple	125	28,5	144	35,6	269	31,9
Abus sexuel seulement	313	71,5	260	64,4	573	68,1
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Nombre de formes d'abus sexuel						
Une	357	81,5	366	90,6	723	85,9
Plusieurs	81	18,5	38	9,4	119	14,1
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Violence conjugale						
Oui	39	8,9	41	10,1	80	9,5
Non	399	91,1	363	89,9	762	90,5
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Gravité						
Graves	112	25,6	43	10,6	155	18,4
Non graves	326	74,4	361	89,4	687	81,6
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Sévices						
Oui	131	29,9	44	10,9	175	20,8
Non	307	70,1	360	89,1	667	79,2
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Auteur présumé						
Principal pourvoyeur de soins de l'enfant	95	21,7	120	29,7	215	25,6
Deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant	60	13,7	76	18,8	136	16,2
Autre personne[a]	282	64,5	208	51,5	490	58,3
Total	437	100,0	404	100,0	841	100,0
Sexe de l'auteur présumé						
Masculin	345	80,6	268	72,6	613	76,9
Féminin	83	19,4	101	27,4	184	23,1
Total	428	100,0	369	100,0	797	100,0
Âge de l'auteur présumé (ans)						
Moins de 16	11	2,7	21	6,0	32	4,2
16-18	50	12,3	31	8,8	81	10,7
19-21	49	12,1	20	5,7	69	9,1
22-30	68	16,7	58	16,5	126	16,6
31-40	126	31,0	122	34,8	248	32,8
41 ou plus	102	25,0	99	28,1	201	26,5
Total	406	100,0	351	100,0	757	100,0

[a] Qui n'est ni premier ni deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant.

protection de l'enfance dans certaines régions. Notre analyse est surtout exploratoire, étant donné que l'on sait peu de choses sur les caractéristiques des enquêtes sur les abus sexuels auxquelles participe la police. Les pourcentages, les moyennes et les écarts-types (ET) ont été définis pour toutes les variables d'intérêt. La colinéarité entre variables indépendantes a été vérifiée au moyen du test du chi carré ou des corrélations. Les associations bivariées entre chacune des variables et le fait qu'il y ait eu une enquête conjointe ont été testées par régression logistique. Étant donnée la grande taille de l'échantillon, le critère définissant la signification était le suivant : la hausse de puissance prédictive entre le modèle à une seule constante et le modèle à une seule variable devait être égale ou supérieure à un R^2 de Cox et Snell de 0,01. Les variables indépendantes pour lesquelles nous avons observé une relation bivariée significative avec la participation des services de police ont été incluses dans le modèle. Nous avons testé différents modèles afin de déterminer celui le plus à même d'expliquer de manière concise la plus grande proportion de variance touchant la participation des services de police. Dans tous les modèles, les variables ont été entrées en une étape. Les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SUDAAN (SUDAAN pour Windows, version 7.5.3, Research Triangle Institute, Caroline du Nord, États-Unis), qui effectue des rajustements de la variance pour les données corrélées issues de la conception de l'étude. Les variables de strate étaient l'agence et la famille.

Résultats

La sélection des enquêtes pour maltraitance envers des enfants de moins 16 ans a fourni un échantillon de 11 807 enquêtes. Le tableau 2 englobe la totalité de l'échantillon pour montrer le degré de participation des services de police aux enquêtes sur les cinq types de maltraitance. Comparativement aux enquêtes sur l'exposition à la violence conjugale (référence), une intervention policière dans l'enquête était 1,4 fois plus probable en présence de violence psychologique (IC à 95 % : 1,1 à 1,9), 2 fois plus probable en présence de négligence (rapport de cotes [RC] = 1,9; IC à 95 % : 1,5 à 2,2), 4,5 fois plus probable dans les cas de violence physique (IC à 95 % : 3,8 à 5,4) et 21 fois plus probable en présence d'abus sexuels (RC = 20,9; IC à 95 % : 16,8 à 26,9). Environ 55 % des enquêtes sur des abus sexuels ont été menées conjointement (tableau 2).

Dans 842 des 11 807 enquêtes, l'abus sexuel était l'une des trois catégories de maltraitance

TABLEAU 6
Répartition des « autres personnes »[a] considérées comme auteur présumé dans les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police, lorsque l'abus sexuel est l'unique catégorie de maltraitance

	Enquêtes conjointes					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Père/mère biologique, beau-père/belle-mère, conjoint de fait du parent ou parent adoptif/d'accueil[a]	41	20,7	30	21,1	71	20,9
Grand-père/grand-mère, oncle/tante ou membre de la parenté	48	24,2	14	9,9	62	18,2
Frère/sœur biologique ou d'accueil, cousin/cousine, petit ami/petite amie, ami/amie ou pair de l'enfant	59	29,8	47	33,1	106	31,2
Ami/amie de la famille, gardien/gardienne d'enfants ou membre de sa famille, voisin/voisine ou pensionnaire	25	12,6	17	12,0	42	12,4
Membre du personnel des loisirs, de l'entretien ou du service de garde, entraîneur, enseignant ou autre professionnel	7	3,5	0	0	7	2,1
Étranger, inconnu ou autre personne	18	9,1	34	23,9	52	15,3
Total	198	100,0	142	100,0	340	100,0

[a] Qui n'est ni premier ni deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant.

TABLEAU 7
Caractéristiques relatives à l'enquête dans les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur des abus sexuels

Caractéristiques relatives à l'enquête	Enquêtes conjointes					
	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Abus sexuel corroboré						
Non	260	59,4	351	86,9	611	72,6
Oui	178	40,6	53	13,1	231	27,4
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Dossier ouvert auparavant sur un membre de la famille						
Oui	211	49,4	225	56,7	436	52,9
Non	216	50,6	172	43,3	388	47,1
Total	427	100,0	397	100,0	824	100,0
Placement						
Envisagé/effectué	40	9,3	14	3,5	54	6,5
Aucun	392	90,7	389	96,5	781	93,5
Total	432	100,0	403	100,0	835	100,0
Orientation d'un membre de la famille						
Oui	255	58,2	190	47,0	445	52,9
Non	183	41,8	214	53,0	397	47,1
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Tribunal de la jeunesse						
Intervention effectuée	45	10,3	14	3,5	59	7,0
Aucune intervention	393	89,7	390	96,5	783	93,0
Total	438	100,0	404	100,0	842	100,0
Intervention policière dans une enquête pour violence conjugale entre adultes						
Intervention effectuée	24	5,7	16	4,0	40	4,9
Aucune intervention	399	94,3	384	96,0	783	95,1
Total	423	100,0	400	100,0	823	100,0

citées. Le tableau 3 montre que plus des deux tiers des cas concernaient des abus sexuels sans autre forme maltraitance (68,1 %), l'abus sexuel et la négligence arrivant au deuxième rang (15,2 %). Les formes d'abus sexuel le plus souvent recensées étaient les attouchements (32,3 %) et les « autres abus sexuels » (27,2 %), suivies par la pénétration (8,3 %), les conversations ou les images à caractère sexuel (3,7 %), les relations sexuelles orales (3,3 %), l'exhibitionnisme (2,7 %) et les tentatives de pénétration (2,0 %). Le voyeurisme a été relaté dans moins de 1 % des cas inclus dans l'échantillon. Aucune précision n'était disponible quant à la nature des actes considérés comme « autres abus sexuels ».

Les enquêtes concernant des victimes de sexe féminin incluaient deux fois plus souvent la participation des services de police (RC = 2,1; IC à 95 % : 1,6 à 2,9) (tableau 4). La présence de plusieurs formes d'abus sexuel (RC = 2,2; IC à 95 % : 1,3 à 3,6), de mauvais traitements graves (RC = 2,9; IC à 95 % : 1,8 à 4,5) ou de sévices physiques et séquelles psychologiques (RC = 3,5; IC à 95 % : 2,3 à 5,3) augmentait la probabilité d'une intervention policière (tableau 5). Les services de police ont participé plus souvent à l'enquête lorsque l'auteur présumé était une « autre personne » (que le principal pourvoyeur de soins de l'enfant ou le deuxième; RC = 1,8; IC à 95 % : 1,2 à 2,6; catégorie de référence : principal pourvoyeur de soins de l'enfant) ou lorsque l'auteur présumé était de sexe masculin (RC = 1,9; IC à 95 % : 1,3 à 2,8).

Les « autres personnes » les plus souvent visées par les enquêtes conjointes, lorsque l'abus sexuel était l'unique forme de mauvais traitements, étaient des membres de la famille et des pairs (tableau 6).

La participation des services de police à l'enquête était associée à une probabilité supérieure que le cas soit corroboré (RC =4,5; IC à 95 % : 3,1 à 6,6), qu'un placement de l'enfant soit effectué ou envisagé pendant l'enquête (RC = 2,8; IC à 95 % : 1,4 à 5,6), qu'un membre de la famille soit orienté vers des services (RC = 1,6; IC à 95 % : 1,1 à 2,9) et que le tribunal de la jeunesse soit appelé à intervenir (RC = 3,2; IC à 95 % : 1,7 à 5,9) (tableau 7).

TABLEAU 8
Modèle de régression complet pour les enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur des abus sexuels

Contraste	Degrés de liberté	Critère de Wald	Valeur de *p*	RC (IC à 95 %)
Modèle global	5	18,90	< 0,0001	
Modèle sans ordonnée à l'origine	4	18,69	< 0,0001	
Intercept	—	—	—	0,41 (0,27 à 0,63)
Cas corroboré (oui)	1	26,68	< 0,0001	2,85 (1,92 à 4,25)
Sexe de l'auteur présumé (masculin)	1	8,10	0,0046	1,83 (1,21 à 2,78)
Sévices (oui)	1	8,39	0,0039	2,01 (1,25 à 3,22)
Sexe de l'enfant (féminin)	1	9,37	0,0023	1,65 (1,20 à 2,27)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

Remarque : R^2 de Cox-Snell = 0,16.

En examinant la colinéarité entre les variables qui présentaient des associations significatives avec la participation des services de police, nous avons constaté que 36 des 66 paires de variables indépendantes étaient liées de façon significative au seuil $\alpha = 0,05$. Les associations les plus notables étaient entre le type d'auteur présumé – principal ou deuxième pourvoyeur de soins de l'enfant ou une autre personne – et son sexe, ainsi que celle entre sévices et gravité. Le type d'auteur expliquait 59 % de la variance relative au sexe de l'auteur, tandis que la gravité expliquait 47 % de la variance relative aux sévices. En raison de la forte colinéarité entre ces variables, nous avons testé des modèles incluant le type d'auteur présumé ou son sexe, et les sévices ou la gravité, modèles choisis en fonction de la qualité de l'ajustement. Le modèle le plus concis est présenté dans le tableau 8 : une victime de sexe féminin, un auteur présumé de sexe masculin, la présence de sévices et la corroboration du cas ont été associés de façon significative à la participation des policiers.

Analyse

Notre étude vient enrichir le peu de connaissances dont on dispose sur les caractéristiques des enquêtes conjointes réalisées par les agences de protection de l'enfance et les services de police. Nous avons constaté que les abus sexuels sont la catégorie de maltraitance qui fait le plus souvent (dans 55 % des cas) l'objet d'enquêtes conjointes par les services de protection de l'enfance et la police, ce qui est conforme aux protocoles en vigueur. Viennent ensuite la violence physique, la négligence et la violence psychologique. Ces constatations rejoignent les constatations faites aux États-Unis et au Royaume-Uni[14,16,17,30].

Le fait d'être une fille (pour les victimes) et le fait d'être un homme (pour les auteurs) sont des facteurs de risque connus d'abus sexuels sur les enfants[31] et sont associés à la participation des services de police. La plupart des recherches indiquent que les filles risquent davantage de subir des abus sexuels que les garçons[31]. Cependant, selon d'autres sources, les abus sexuels à l'endroit de victimes de sexe masculin sont sous-déclarés[32].

Nous n'avons observé aucune différence en fonction de l'âge des victimes dans la participation des services de police aux enquêtes sur les abus sexuels. Les enquêtes ont concerné principalement des préadolescents, que les services de police y aient participé ou non. Il se pourrait qu'il soit plus facile de recueillir des renseignements auprès de ces enfants et que les renseignements qu'ils fournissent soient considérés comme plus fiables[33]. De plus, les abus sexuels sur des préadolescents sont peut-être perçus comme plus graves, et ceux à l'endroit d'adolescents sont peut-être moins souvent signalés.

Que, dans la plupart des enquêtes sur les abus sexuels commis par une « autre personne », l'auteur soit un membre de la famille ou un pair concorde avec le résultat d'autres recherches qui montrent que, dans la plupart des cas, la victime connaît l'agresseur. Par exemple, au cours d'une enquête représentative menée aux États-Unis, Finkelhor et collab.[34] ont constaté que 91 % des abus sexuels étaient perpétrés par une connaissance, contre 7 % par des étrangers et 2 % par des membres de la famille. Ces observations ne sont toutefois pas directement comparables à nos résultats, car l'étude mentionnée ci-dessus est une étude basée sur la population tandis que la nôtre ne porte que sur les enfants connus des services de protection de l'enfance.

Plusieurs variables relatives aux services ont été associées de façon significative aux enquêtes conjointes. Tout comme Cross et collab.[17], nous avons constaté que la corroboration des mauvais traitements, les mauvais traitements graves, le placement, l'intervention des tribunaux de la jeunesse et l'orientation d'un membre de la famille vers des services spécialisés étaient plus fréquents quand les enquêtes étaient menées conjointement. Cependant, étant donné la nature des données, nous ne pouvons qu'avancer des hypothèses. Nous savons simplement que les enquêtes conjointes visent à garantir la sécurité et la protection des enfants. Ces enquêtes peuvent inclure la présentation d'éléments de preuve au tribunal en vue du retrait et du placement de l'enfant ou de l'imposition d'une peine à l'auteur[18], mais elles peuvent aussi englober la prestation de services destinés à améliorer les capacités parentales, que ce soit des services de counselling sur les drogues et l'alcool, une aide financière ou des services axés sur l'enfant. Selon Cross et collab.[17], les services supplémentaires offerts lors des enquêtes conjointes pourraient signifier que la participation des services de police n'entrave pas la relation avec les familles visées par les enquêtes et qu'elle ne détourne pas les agences de protection de l'enfance de leur l'objectif premier, soit l'aide aux enfants et aux familles. En fait, ce serait le reflet de la proximité accrue entre les policiers et la population depuis l'adoption d'une approche communautaire par les services de police[35].

Contrairement à Cross et collab.[17], nous n'avons pas constaté que la toxicomanie et la violence conjugale relatives au principal pourvoyeur de soins de l'enfant aient été associées à une probabilité supérieure de participation de la police – cependant, leurs constatations n'étaient pas spécifiques aux

abus sexuels mais concernaient l'ensemble des formes de maltraitance. Il se pourrait aussi que ce soit d'autres facteurs de risque non inclus dans nos analyses, comme l'âge de la mère, l'état de santé mentale du pourvoyeur de soins de l'enfant ou la présence d'un beau-père[36,37], qui soient liés à une probabilité accrue que les policiers participent à l'enquête.

Forces et limites

Bien que l'ECI ait plusieurs forces, elle comporte des limites qui influent sur les conclusions que l'ont peut tirer de ses données. En effet, l'ECI :

- recueille de l'information seulement sur les enfants faisant l'objet de signalement aux agences de protection de l'enfance, ce qui sous-estime la maltraitance;
- illustre l'avis clinique des travailleurs des services de protection de l'enfance, sans fournir de vérification indépendante;
- recueille des données sur trois mois à l'automne, ce qui n'est peut-être pas représentatif de l'ensemble de l'année;
- utilise un modèle transversal, ce qui interdit l'établissement de liens de causalité.

Conclusion

D'après notre analyse, de toutes les formes de maltraitance signalées, les abus sexuels sont celles qui font le plus souvent l'objet d'enquêtes conjointes. Même si une collaboration suivie entre travailleurs des services de protection de l'enfance et policiers est sans doute souhaitable, les avantages de cette approche synergique demandent à être mesurés et évalués. On en sait en effet peu sur son efficacité au Canada. Transposer directement les connaissances à propos des enquêtes conjointes aux États-Unis, qui sont plus poussées, n'est pas souhaitable car le contexte canadien est différent en raison du système juridique et des enjeux de répartition des compétences entre juridictions. De plus, certains auteurs[30] se demandent si les agences de protection de l'enfance n'ont pas accordé une importance excessive au processus d'enquête au détriment des aspects essentiels que sont la prévention et le traitement. Cette question mérite réflexion, bien que d'après notre analyse davantage de services aient été fournis à la suite des enquêtes conjointes. Les rôles des autres professionnels au sein des équipes multidisciplinaires, notamment dans le système de santé, nécessitent également d'être étudiés de manière plus poussée.

D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des enquêtes conjointes. Par exemple, ont-elles effectivement entraîné une diminution du nombre d'entrevues avec l'enfant? L'échange d'information entre policiers et services de protection de l'enfance s'est-il réellement accru? La tenue d'enquêtes conjointes plus fréquentes pour les autres formes de maltraitance aurait-elle des effets positifs sur la santé de l'enfant? La réponse à ces questions est indispensable pour mieux comprendre les caractéristiques des enquêtes faites en collaboration et leurs bénéfices possibles pour les enfants victimes de maltraitance.

L'intervention d'équipes multidisciplinaires dans les cas de mauvais traitements envers des enfants favorisera une réponse intégrée, englobant la prévention primaire et secondaire de la maltraitance envers les enfants et de ses conséquences néfastes sur la santé, la surveillance, la sensibilisation du public et l'élaboration de pratiques exemplaires et de programmes d'évaluation, en particulier si l'on considère que les enfants et leurs familles ont bénéficié de davantage de services lorsque les enquêtes étaient menées conjointement. Il est prometteur de constater que des enquêtes conjointes sont effectuées dans les circonstances visées par les protocoles provinciaux et territoriaux.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier chaleureusement Jasminka Draca, le Dr David Hubka, Ellen Jamieson, Joanne Lacroix et Caroline Wallace pour leur aide.

Références

1. Tonmyr L, MacMillan H, Jamieson E, Kelly K. L'approche axée sur la santé de la population comme cadre pour l'étude des effets des mauvais traitements à l'endroit des enfants. Maladies chroniques au Canada. 2002;23 (4):123-129.
2. Garrett PM. Talking child protection: the police and social workers 'working together'. J Soc Work. 2004;4(1):77-97.
3. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Furniss T. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2006 Publication conjointe avec l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
4. Winterfeld AP, Sakagawa T. Investigation models for child abuse and neglect – Collaboration with law enforcement. Englewood (CO) : American Humane Association; 2003.
5. Government of Alberta. Responding to child abuse: a handbook [Internet]. Edmonton (AB) : Government of Alberta; 2005. PDF téléchargeable à partir du lien : http://justice.alberta.ca/programs_services/families/Documents/responding_to_child_abuse_handbook_2006.pdf
6. Government of British Columbia. The B.C. handbook for action on child abuse and neglect for service providers [Internet]. Victoria (BC) : Government of British Columbia; 2005. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.mcf.gov.bc.ca/child_protection/pdf/handbook_action_child_abuse.pdf
7. McDonald S, Scrim K, Rooney L. Renforcement de notre capacité : les Centres d'appui aux enfants au Canada [Internet]. Recueil des recherches sur les victimes d'actes criminels. 2013 [modification le 7 janvier 2015];6:2-11. Consultable en ligne à la page : http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr6-rd6/p2.html
8. Jones LM, Cross TP, Walsh WA, Simone M. Do children's advocacy centers improve families' experiences of child sexual abuse investigations? Child Abuse Negl. 2007; 31:1069-1085.
9. Moran-Ellis J, Fielding N. A national survey of the investigation of child sexual abuse. Br J Soc Work. 1996;26(3):337-356.
10. Sheppard DI, Zangrillo PA. Coordinating investigations of child abuse. Public Welfare. 1996;54(1):21-31.
11. Jones LM, Cross TP, Walsh WA, Simone M. Criminal investigations of child abuse: the research behind "best practices". Trauma Violence Abuse.2005;6(3):254-268.

12. Stanley N, Miller P, Foster HR, Thomson G. Children's experiences of domestic violence: developing an integrated response from police and child protection services. J Interpers Violence. 2011;26(12):2371-2391.

13. Holdaway S. Police and social work relations – problems and possibilities. Br J Soc Work. 1986;16(2):137-160.

14. Lloyd S, Burman M. Specialist police units and the joint investigation of child abuse. Child Abuse Review. 1996;5(1):4-15.

15. Brown L, Fuller R. Central Scotland's joint police and social work initiative in child abuse: an evaluation. Child Soc. 1991;5(3): 232-240.

16. Tjaden PG, Anhalt J. The impact of joint law enforcement child protective services investigations in child maltreatment cases. Denver (CO) : Centre for Policy Research; 1994.

17. Cross TP, Finkelhor D, Ormrod R. Police involvement in child protective services investigations: Literature review and secondary data analysis. Child Maltreat. 2005;10(3):224-244.

18. Trute B, Adkins E, MacDonald G. Professional attitudes regarding treatment and punishment of incest: comparing police, child welfare, and community mental health. J Fam Violence. 1996;11(3):237-249.

19. Gouvernement du Manitoba. Guide de normalisation des services à l'enfant et à la famille [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Services à la famille et Logement; 2008. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.gov.mb.ca/fs/cfsmanual/pubs/pdf/1.3.7_frp.pdf

20. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Protocoles relatifs aux enfants victimes de violence et de négligence [Internet]. Frédéricton (Nouveau-Brunswick) : Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2005. PDF téléchargeable à partir du lien: http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Protection/Child/ChildAbuseProtocols05-f.pdf

21. Government of Newfoundland and Labrador. Children and youth care and protection act [Internet]. St. John's (NL) : Government of Newfoundland and Labrador; 2010 [mise à jour le 24 juin 2010; consultation le 20 juin 2013]. Consultable en ligne à la page : http://www.assembly.nl.ca/legislation/sr/statutes/c12-2.htm

22. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Chapitre 13. Loi sur les services à l'enfance et à la famille [Internet]; 2011 [consultation le 20 juin 2013]. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.canlii.org/en/nt/laws/stat/snwt-1997-c-13/latest/part-1/snwt-1997-c-13-part-1.pdf

23. Government of Nova Scotia. Children and Family Services Regulations [Internet]. Halifax (NS) : Government of Nova Scotia; 2008 [consultation le 20 juin 2013]. Consultable en ligne à la page : http://www.novascotia.ca/just/regulations/regs/cfsregs.htm

24. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Protocole d'intervention dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants : Lignes directrices et procédures pour une intervention coordonnée dans les cas de violence sexuelle à l'égard des enfants à l'Île-du-Prince-Édouard [Internet]. Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) : Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; 2013 [consultation le 20 juin 2013]. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.gov.pe.ca/photos/original/CSA_PROTFR_13.pdf

25. Gouvernement du Québec. Chapitre P-34.1 Loi sur la protection de la jeunesse [Internet]. Québec (Québec) : Gouvernement du Québec; 2013 [consultation le 20 juin 2013]. Consultable en ligne à la page : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type = 2 &file = /P_34_1/P34_1.html

26. Gouvernement de la Saskatchewan. Protocole 2014 de la Saskatchewan sur l'enfance maltraitée [Internet]. Regina (Saskatchewan) : Gouvernement de la Saskatchewan; 2014 [consultation le 23 septembre 2015]. PDF téléchargeable à partir du lien : https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2014/october/29/revised-child-abuse-protocol

27. Gouvernement du Yukon. Loi sur l'enfance [Internet]. Whitehorse (Yukon) : Gouvernement du Yukon; 2002. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.gov.yk.ca/legislation/acts/childrens.pdf

28. Gough P. Agences de protection de la jeunesse en Ontario [Internet]. Toronto (Ontario) : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants; 2005. PDF téléchargeable à partir du lien : http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/OntChildWelfareSystem31F.pdf

29. Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2008 : données principales. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2010. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf

30. Sanders R, Jackson S, Thomas N. The police role in the management of child protective services. Polic Soc. 1996;6(2):87-100.

31. Hanson RF, Borntrager C, Self-Brown S, et al. Relations among gender, violence exposure, and mental health: The national survey of adolescents. Am J Orthopsychiatry. 2008;78(3):313-321.

32. Smith LH, Ford J. History of forced sex and recent sexual risk indicators among young adult males. Perspect Sex Repro H. 2010; 42(2):87-92.

33. King CB, Scott KL. Why are suspected cases of child maltreatment referred by educators so often unsubstantiated? Child Abuse Negl. 2014;38(1):1-10.

34. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. Child Maltreat. 2005;10(1):5-25.

35. Thomas T. The police and social workers: creativity or conflict? Practice Soc Work Action. 1988;2(2):120-129.

36. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet. 2009;373:68-81.

37. Gonzalez A, MacMillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. J Postgrad Med. 2008;54(4):280-286.

Commentaire

Surveillance de la maltraitance des enfants : recension, suivi, évaluation et aperçu

Rebecca T. Leeb, Ph. D. (1)*; John D. Fluke, Ph. D. (2)

Diffuser cet article sur Twitter

La surveillance de la santé publique est [traduction] « la collecte, l'analyse et l'interprétation systématiques et permanentes de données axées sur les résultats en vue de leur utilisation pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des pratiques en matière de santé publique, étroitement liées à la diffusion opportune de ces données aux personnes qui en ont besoin »[1(p. 164)]. Les systèmes de surveillance à long terme sont donc généralement conçus en fonction de trois objectifs fonctionnels : recension, suivi et évaluation. Ce système, conçu au départ dans le contexte de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses, a ensuite été appliqué à d'autres problèmes de santé (dont la violence) ayant des répercussions sur les collectivités et la société[2,3].

Exercer une surveillance épidémiologique sur la violence et la négligence envers les enfants présente des difficultés spécifiques liées à la variabilité des définitions et des modalités dans le rapport des cas. Les définitions de la violence et de la négligence diffèrent entre les pays et en leur sein, empêchant une estimation exacte de l'ampleur du problème. Les définitions varient également en fonction de la nature du système de protection des enfants[4]. Certains pays ne disposent pas de système judiciaire ou social doté de responsabilités précises pour réagir aux cas de violence et de négligence envers les enfants et en consigner les rapports, ce qui est en particulier le cas des pays où certaines populations sont isolées ou en migration (p. ex. en raison de conflits). La sous-déclaration des cas de violence et de négligence envers les enfants entraîne des sous-estimations de la prévalence. Les sévices subis par les enfants ne sont souvent connus que de l'agresseur et, selon le niveau de développement de l'enfant, de sa victime. De plus, les cas de violence et de négligence envers les enfants sont susceptibles d'être signalés à divers intervenants (éducateurs, clergé, médecins, services de police, aide sociale à l'enfance) comme il peuvent ne l'être à aucune source officielle. La stigmatisation sociale et les conséquences non prévisibles des signalements, tout comme les barrières culturelles et politiques, ont aussi des répercussions sur le signalement, tant au sein d'une collectivité qu'à l'échelle planétaire.

Malgré ces difficultés, des systèmes de surveillance épidémiologique des cas de violence et de négligence envers les enfants existent dans la majorité des pays à revenus élevés ainsi que dans un nombre croissant de pays à faibles et moyens revenus. Dans les pays à revenus élevés, la surveillance mise généralement sur les données recueillies auprès d'agences de protection de l'enfance ou de professionnels en contact avec les enfants. Par exemple, l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) dont on traite dans ce numéro spécial recueille les données sur la violence et la négligence envers les enfants fournies par les agences de protection de l'enfance. Elles sont recueillies périodiquement au moyen d'enquêtes et elles sont analysées pour évaluer les taux d'incidence. D'autres programmes de collecte de données usant de méthodes d'enquête sur échantillon similaires, comme la National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS) des États-Unis, obtiennent leurs données des agences de protection de l'enfance, mais aussi d'autres professionnels en contact avec les enfants[5].

Le National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS) des États-Unis renferme, comme l'ECI, des données sur la protection de l'enfance, mais il fait appel à une autre méthodologie. Les États et territoires fournissent, pour l'analyse des prévalences et des tendances annuelles, des données administratives sur les enfants ayant fait l'objet d'un signalement auprès du système d'aide sociale en raison de violence ou de négligence soupçonnées. Des systèmes utilisant de manière similaire des données administratives obtenues auprès d'agences de protection de l'enfance sont utilisés ailleurs, notamment – pour n'en nommer que quelques-uns – au Royaume-Uni[6] et en Australie[7]. L'Arabie saoudite a élaboré un système de surveillance qui fait appel à des équipes de protection de l'enfance en milieu hospitalier plutôt qu'à des données fournies par la protection de l'enfance[8].

Dans les pays à faibles et moyens revenus, particulièrement dans les pays où l'infrastructure en services sociaux est limitée, la surveillance des cas de violence et de négligence envers les enfants mise généralement sur des enquêtes où on interroge les enfants et leurs

Rattachement des auteurs :

1. Division of Human Development and Disability, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (Géorgie), États-Unis
2. Department of Pediatrics, Kempe Center for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect, University of Colorado School of Medicine, Aurora (Colorado), États-Unis

Correspondance : Rebecca T. Leeb, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Centers for Disease Control and Prevention, 4700 Buford Hwy., Mailstop E-88, Atlanta (Géorgie), États-Unis, 30341-3717; *tél.* : 404-498-6752; *téléc.* : 404-498-0270; *courriel* : RLeeb@CDC.gov

*Les constatations et les conclusions présentées dans ce texte sont celles des auteurs et ne reflètent pas la position officielle des Centers for Disease Control and Prevention.

pourvoyeurs de soins sur leurs expériences actuelles et passées de violence et de négligence dans ce domaine. Citons par exemple les enquêtes Violence Against Children Surveys (VACS) mises en œuvre dans des pays comme le Cambodge, Haïti, le Kenya, le Malawi, le Swaziland, la Tanzanie et le Zimbabwe[8] et l'Enquête à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF, mise en œuvre dans plus de 100 pays à faibles et moyens revenus[9]. Notons au passage que ce type d'enquête d'autoévaluation (comme le National Survey of Children's Exposure to Violence [NatSCEV] des États-Unis[10]), est également utilisé dans les pays à revenus élevés, parce que ces enquêtes sont en mesure de fournir un plus large éventail de renseignements et de perspectives sur l'incidence et la prévalence des mauvais traitements que les données administratives ou les échantillons issus d'enquêtes auprès de professionnels en contact avec les enfants. Néanmoins, ces enquêtes sont sujettes à des biais spécifiques.

Le manque d'uniformité dans les définitions de cas et d'approche systématique dans la collecte de données au sein des systèmes de surveillance des cas de violence et de négligence envers les enfants témoigne du fait que les trois objectifs de surveillance fonctionnelle sont sans doute nécessaires mais non suffisants à la bonne compréhension de l'ampleur et de la nature de la violence et de la négligence envers les enfants. Même si des mesures ont été prises pour mettre au point des approches définitionnelles harmonisées pour les sources administratives, offrir, dans des milieux complexes sur le plan de la politique où œuvrent de nombreux intervenants intersectoriels, des définitions acceptées demeure un défi[11]. Par ailleurs, nous pensons, comme d'autres intervenants (p. ex. Thacker), que les systèmes de surveillance des cas de violence et de négligence envers les enfants sont incomplets s'ils n'offrent pas un certain éclairage pertinent sur les méthodes de collecte de données, sur le processus de surveillance ou sur les conditions médicales à risque sous-jacentes[12].

Éclairage pertinent

L'éclairage pertinent peut être considéré comme une activité analytique générative qui répercute l'information en vue d'améliorer la surveillance et la prévention. Il peut également être ponctuel : une fois proposé, il conduit à une prise de conscience, documentée ou dupliquée, puis les activités ordinaires de surveillance, soit la recension, le suivi et l'évaluation, reprennent leur cours. Voici quatre exemples d'éclairage pertinent pour la surveillance des cas de violence et de négligence envers les enfants.

1. Les modalités de calcul sont importantes. Se fier à une seule source d'information, par exemple aux cas de signalement aux agences de protection de l'enfance ou encore aux enquêtes d'autoévaluation, n'offre qu'une vision partielle du problème. D'après les données dont nous disposons, une triangulation systématique des sources de données est nécessaire pour réaliser pleinement les objectifs de surveillance fonctionnelle et pour brosser un tableau complet de l'ampleur de la violence et de la négligence envers les enfants[13,14]. L'une de ces méthodes de triangulation est le jumelage des données administratives à des identifiants communs à divers systèmes de service, mais elle nécessite des ajustements pour palier l'absence d'uniformité entre les différentes sources. Le Developmental Pathways Project en Australie occidentale a utilisé cette méthode de triangulation avec succès, ce qui a conduit à des changements notables dans les connaissances et les politiques[15,16]. L'enquête NIS utilise une approche différente à l'égard de la triangulation : des enquêtes périodiques sont réalisées auprès de divers intervenants[17]. Cette approche a permis d'orienter et de cibler les efforts en matière de politiques et de pratiques états-uniennes[18,19], mais une longue périodicité et un coût de collecte de données élevé rendent difficile la détermination des répercussions directes des données de ces enquêtes sur les politiques et pratiques.

2. Savoir quelles personnes et quels éléments sont recensés est important. Par exemple, le NCANDS fournit dans son rapport annuel à la fois des effectifs uniques et des effectifs multiples. L'effectif unique est le nombre d'enfants victimes de maltraitance comptabilisé au cours d'une année donnée. L'effectif multiple est le nombre de rapports de signalement reçus par l'aide sociale à l'enfance au cours de la même année. L'un fournit le nombre d'enfants maltraités alors que l'autre fournit le nombre d'incidents de violence ou de négligence.

3. Le maintien à long terme des systèmes de surveillance nationale est essentiel et complexe. Sans surveillance régulière et continue, l'éclairage pertinent se limite à quelques instantanés, et les études ponctuelles alimentent dans le meilleur des cas les objectifs stratégiques à court terme seulement. Les systèmes de collecte périodique des données, indépendamment de la méthodologie, améliorent ces instantanés, mais n'ont pas obligatoirement la précision requise pour l'examen des conséquences progressives des changements sur une longue période. Les tentatives de l'UNICEF pour assurer le suivi des indicateurs de danger et d'exploitation des enfants à l'aide du MICS démontrent que la surveillance à long terme de la violence et de la négligence envers les enfants est réalisable partout, malgré d'importantes restrictions en matière de ressources[20].

4. La cible et la portée d'un système de surveillance influencent la nature de ses données. Les systèmes peuvent cibler la morbidité, la mortalité ou les deux, ce qui est susceptible de conduire à des conclusions différentes à propos de la violence et de la négligence envers les enfants. Le choix des indicateurs et des facteurs de risque et de protection aura des répercussions sur les conclusions que l'on pourra tirer des données. Par exemple, l'analyse des données sur la surveillance des enfants dans le système d'aide sociale a offert un éclairage pertinent sur le risque relatif de récidive de maltraitance vécu par les enfants ayant un handicap et a justifié l'importance, pour la recension, le suivi et l'évaluation, de la collecte de données sur les handicaps et sur d'autres facteurs de risques potentiels[21].

Ces éclairages pertinents sont conformes aux concepts discutés dans le Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis[22].

Non seulement les éclairages pertinents issus de la surveillance de la violence et de la négligence envers les enfants peuvent-ils aider à évaluer et à améliorer les systèmes de surveillance, mais ils peuvent aussi servir de catalyseur aux responsables des politiques et des programmes. L'information pertinente, bien interprétée, peut aider à réduire la violence envers les enfants et à promouvoir des relations et des environnements favorables à l'épanouissement des enfants. Comme le mentionne Thacker, [traduction] « si l'information [relative à la surveillance] n'est pas fournie aux personnes qui établissent les politiques et qui mettent en œuvre les programmes, son utilisation se limite son archivage et aux projets universitaires [...] »[12 (p. 5)]. Cela signifie que les intervenants clés doivent avoir accès aux données de surveillance.

La surveillance de la violence et de la négligence envers les enfants demeure un défi pour les épidémiologistes du monde entier. Nous espérons que les éclairages pertinents issus de nos travaux collectifs, dont l'ECI, contribueront à mieux orienter nos mesures de prévention face à ce problème mondial de santé publique.

Références

1. Thacker SB, Berkleman RL. Public health surveillance in the United States. Epidemiol Rev. 1988;10:164-190.

2. Dahlberg LL, Mercy JA. History of violence as a public health problem. AMA J Ethics. 2009;11(2):167-172.

3. Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, St. Louis ME (dir.). Principles and practice of public health surveillance. Oxford Scholarship Online; 2010. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780193572922.001.0001.

4. AlEissa MA, Fluke JD, Gerbaka B et collab. A commentary on national child maltreatment surveillance systems: examples of progress. Child Abuse Neg. 2009;33(11):809-814.

5. Sedlak AJ, Mettenberg J, Basena M, et al. Fourth National Incidence Study of Child Abuse NIS-4: report to Congress. Washington, DC: Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families; 2010.

6. Department for Education (UK). Referrals, assessments and children who were the subject of a child protection plan: children in need census 2010 to 2011 (provisional) [statistical release] [Internet]. London (Royaume-Uni) : Department for Education; 2011 [consulté le 17 juin 2015]. Consultable à la page : https://www.gov.uk/government/statistics/referrals-assessments-and-children-who-were-the-subject-of-a-child-protection-plan-children-in-need-census-2010-to-2011-provisional

7. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Child protection Australia: 2011–12. Child welfare series no. 55. Canberra: AIHW; 2013. [CWS 43].

8. Centers for Disease Control and Prevention. Towards a violence-free generation: Using science to fuel action and end violence against children [Internet]. [consultation le 17 juin 2015]. Consultable à la page : http://www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/index.html

9. UNICEF. Enquête à indicateurs multiples [Internet]. UNICEF; 2015 [consultation le 17 juin 2015]. Consultable à partir de la page : http://mics.unicef.org/surveys

10. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. Trends in children's exposure to violence, 2003 to 2011. JAMA Pediatr. 2014;168(6):540-546.

11. Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. Atlanta (Géorgie): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2006.

12. Thacker S. Historical Development. Dans : Lee LM, Teutsch SM, Thacker SB, St Louis ME (dir.). Principles and practice of public health surveillance (3e éd). New York: Oxford University Press; 2010. p. 1-17.

13. Gibbs D, Rojas-Smith L, Wetterhall S et collab. Improving identification of child maltreatment fatalities through public health surveillance. J Public Child Welf. 2013;7:1-19.

14. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (dir.), Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève (Suisse): Organisation mondiale de la santé; 2002.

15. Government of Western Australia, Department of Health. Data linkage Western Australia: Enabling health and medical research in Western Australia [Internet]. Data Linkage WA; 2015 [consultation le 17 juin 2015]. Consultable à la page : http://www.datalinkage-wa.org/

16. Brook EL, Rosman DL, Holman CDJ, Trutwein B. Summary report: research outputs project, WA data linkage unit (1995-2003) [Internet]. Department of Health, Government of Western Australia; 2005. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.datalinkage-wa.org.au/sites/default/files/Summary%20of%20Research%20Outputs%20Project.pdf

17. U.S. Department of Health and Human Services. The Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect [Internet]. [consultation le 17 juin 2015]. Consultable à partir de la page : https://www.nis4.org/index.htm

18. Daro D. Child abuse prevention: a job half done. Chicago: Chapin Hall at the University of Chicago; 2010.

19. Russell J, Cooper C. Technical assistance brief, the NIS-4: what it all means (and *doesn't* mean) [Internet]. Reno (NV): National Council of Juvenile and Family Court Judges; 2011. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.ncjfcj.org/sites/default/files/nis-4%20technical%20assistance%20brief.pdf

20. Sumner SA, Mercy JA, Saul J et collab. Prevalence of sexual violence against children and use of social services – seven countries, 2007-2013. MMWR. 2015;64(21):565-569.

21. Fluke J, Shusterman G, Hollinshead D, Yuan YT. Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: multistate analysis of associated factors. Child Maltreatment. 2008;13(1):76-88.

22. Centers for Disease Control and Prevention. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems [Internet]. MMWR. 2001;50(RR13):1-35. Consultable à la page : http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm

Éditorial

Partenariat entre les infirmières et les familles : une santé publique fondée sur les données probantes pour lutter contre la violence envers les enfants

Lil Tonmyr, Ph. D., rédactrice invitée

Diffuser cet article sur Twitter

Un trop grand nombre d'enfants canadiens subissent de mauvais traitements, que ce soit de la négligence, de la violence psychologique, une exposition à la violence conjugale ou à la violence physique et sexuelle. Des données rétrospectives montrent que 32 % des adultes canadiens ont été victimes de violence pendant leur enfance[1]. Certaines données probantes établissent un lien entre la violence subie durant l'enfance et un large éventail de conséquences négatives sur la santé tout au long de la vie. Ces conséquences touchent notamment les sphères physique, mentale, sociale et du développement et incluent le suicide, la toxicomanie, l'anxiété, la dépression et les problèmes de santé[1-4].

Des experts ont demandé l'adoption d'une initiative nationale coordonnée afin de protéger les enfants de la violence[5,6]. Ils souhaitent également élargir les mandats en matière de prévention des blessures afin d'ajouter aux blessures physiques les blessures et préjudices émotionnels.

Que pouvons-nous faire pour prévenir la violence envers les enfants? Cette section du numéro spécial de la revue *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* (PSPMC) met l'accent sur les stratégies de prévention de la violence envers les enfants canadiens, et plus particulièrement sur le Nurse-Family Partnership (NFP) [partenariat entre les infirmières et les familles]. Cette intervention en matière de soins infirmiers en santé publique vise à améliorer les issues de grossesse, la santé et le développement des enfants et à accroître l'autosuffisance économique des jeunes mères et des enfants participant à cette intervention. Le NFP, créé aux États-Unis, a eu des résultats positifs et durables dans le cadre de trois essais contrôlés randomisés (ECR). Ces résultats s'inscrivent dans le mandat de l'Agence de la santé publique du Canada[7] :

- diminution de la violence et des blessures infligées aux enfants;
- amélioration de la santé mentale et du développement cognitif et langagier durant la petite enfance;
- amélioration de la préparation à la scolarisation;
- diminution des comportements antisociaux à l'adolescence;
- amélioration de la santé périnatale des femmes;
- augmentation de l'autosuffisance économique des mères;
- participation accrue des pères à la vie familiale.

Le fondateur et créateur du programme, le D[r] David Olds, et ses collègues du Prevention Research Center de l'Université du Colorado à Denver demandent à ce qu'une approche en quatre étapes soit adoptée avant que le NFP puisse être mis en œuvre au sein d'un nouveau milieu : 1) adaptation au contexte local (Jack et ses collaborateurs[8] décrivent en détail le processus d'adaptation au Canada), 2) réalisation d'un projet pilote pour évaluer le degré d'acceptabilité et de faisabilité au sein d'un petit échantillon (les deux premières étapes ont été mises en œuvre à Hamilton en Ontario), 3) réalisation d'un ECR (en cours dans le cadre du projet Healthy Connections de la Colombie-Britannique) afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention et 4) diffusion et maintien du programme s'il a été jugé efficace par l'ECR.

Ce numéro contient quatre articles liés au programme d'intervention NFP :

- L'article « Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada » de Hovdestad et ses collaborateurs[9] fait le point sur les nombreux facteurs de risque auxquels font face les personnes vulnérables, facteurs modifiables par des programmes comme le NFP.
- L'article « Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse–Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada » de Jack et ses collaborateurs[10] décrit le processus appliqué pour adapter et évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité du NFP au Canada et le processus d'évaluation connexe. Les auteurs font état également d'une étude complémentaire visant à déterminer dans quelle mesure le NFP peut renverser les résultats biologiques négatifs liés aux

Rattachement de l'auteure :

Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance: Lil Tonmyr, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-240-6334; courriel : Lil.Tonmyr@phac-aspc.gc.ca

expériences négatives vécues durant l'enfance.

- Dans l'article « Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant », Li et ses collaborateurs[11] se concentrent sur la perspective des fournisseurs de soins communautaires qui orientent la population vers le NFP et offrent des services aux mères. Les données proviennent du projet pilote mis en œuvre à Hamilton. Les recherches mettent l'accent sur l'incidence du programme sur le personnel infirmier en santé publique[12] et l'expérience des mères participant au programme[13]. Les intervenants en protection de l'enfance sont à l'origine de l'orientation vers le NFP tandis que le personnel infirmier qui gère le programme doit communiquer avec les services de protection de l'enfance s'il soupçonne un cas de violence envers un enfant au sein des familles dont il s'occupe. La collaboration est essentielle dans le cadre de cette relation complexe.
- Dans son commentaire, le Dr Christopher Mikton[14] de l'Organisation mondiale de la santé parle des efforts déployés par le Canada pour lutter contre la « maladie » qu'est la violence envers les enfants et qui touche des centaines de millions de personnes dans le monde.

Nous sommes impatients de connaître les résultats de l'évaluation exhaustive du NFP. Si l'intervention s'avère aussi efficace que celle mise en œuvre aux États-Unis, elle constituera une grande source d'espoir pour les familles canadiennes.

Références

1. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ. 2014;186(9): E324-32.
2. Tonmyr L, Jamieson E, Mery LS, MacMillan HL. The relationship between childhood adverse experiences and disability due to physical health problems in a community sample of women. Women Health. 2005; 41(4):23-35.
3. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL et collab. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. Am J Psychiat. 2001;158(11):1878-1883.
4. Rhodes AE, Boyle MH, Bethell J et collab. Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. Child Abuse Neg. 2012;36:542-551.
5. MacMillan HL. Protecting children from maltreatment: a Canadian call to action. Paediatr Child Health. 2013;18(8):409.
6. Shouldice M. Child maltreatment in Canada, 2013. Paediatr Child Health. 2013; 18(8):407-408.
7. Olds DL, Sadler S, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. J Child Psych Psychiatry. 2007;48:355-391.
8. Jack SM, Busser D, Sheehan D, Gonzalez A, Zwygers EJ, MacMillan HL. Adaptation and implementation of the Nurse–Family Partnership in Canada. Can J Public Health. 2012;103(1):S42-48.
9. Hovdestad W, Shields M, Williams G, Tonmyr L. Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):152-60.
10. Jack SM, Catherine N, Gonzalez A, MacMillan HL, Sheean D, Waddell C au nom du groupe scientifique du BCHP. Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse–Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):161-70.
11. Li S-A, Jack SM, Gonzalez A, Duku E, MacMillan HL. Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):171-9.
12. Dmytryshyn AL, Jack SM, Ballantyne M, Wahoush O, MacMillan HL. Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretive description of the implication public health nurses. BMC Nurs. 2015;14:12.
13. Landy CK, Jack SM, Wahoush O, Sheehan D, MacMillan HL; NFP Hamilton Research Team. Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study. BMC Nurs. 2012;11:15.
14. Mikton C. Commentaire. Adaptation et remise à l'épreuve des programmes fondés sur des preuves destinés à prévenir la violence envers les enfants : étude de cas canadienne. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):180-2.

Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada

W. Hovdestad, Ph. D.; M. Shields; G. Williams, M. Sc.; L. Tonmyr, Ph. D.

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Les familles avec une jeune mère sont associées à un risque accru de mauvais traitements envers les enfants et de problèmes sociaux et de santé.

Méthodologie : Une analyse du chi carré effectuée sur des données combinées des services de protection de l'enfance issues de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI-2003 et ECI-2008) a permis de comparer 284 mères adolescentes (18 ans et moins) et 800 jeunes mères (19 à 21 ans) et leurs familles à 5 752 familles avec une mère de 22 ans ou plus.

Résultats : Vingt-six pour cent des jeunes mères avaient 18 ans ou moins. La plupart recevaient de l'aide sociale comme principale source de revenu (68 % des familles avec une mère adolescente et 57 % des familles avec une mère jeune adulte contre 36 % des familles avec une mère de 22 ans ou plus). Les mères adolescentes et les mères jeunes adultes étaient plus susceptibles d'avoir été placées dans leur enfance que les mères de 22 ans ou plus (31 % et 23 % contre 10 %) et présentaient plus fréquemment des facteurs de risque tels que l'alcoolisme (25 % et 23 % contre 18 %) ou un manque de soutien social (46 % et 41 % contre 37 %). Les pourvoyeurs secondaires de soins dans les familles avec de jeunes mères étaient aussi associés à un plus grand nombre de facteurs de risque. Les familles de mères adolescentes ou jeunes adultes couraient un risque plus élevé de décision de placement de l'enfant pendant l'enquête (29 % et 27 % contre 17 %). Les mères couraient toutes le même risque d'être victimes de violence familiale et de présenter des problèmes de santé mentale.

Conclusion : Dans cet échantillon de familles à risque élevé, les risques étaient plus importants pour les familles avec de jeunes mères que pour les familles auxquelles on les avait comparées. Le jeune âge de la mère pourrait être un bon critère pour repérer les familles nécessitant des interventions ciblées.

Mots-clés : mauvais traitements envers les enfants, violence envers les enfants, violence familiale, mère adolescente, placement hors du foyer, Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants

Principales constatations

- Les données des organismes de protection de l'enfance au Canada indiquent que les mères adolescentes connaissent de plus grandes difficultés que les mères plus âgées.
- Les mères adolescentes et les pourvoyeurs secondaires de soins à l'enfant qui vivent sous le même toit sont davantage susceptibles de :
  - bénéficier de l'aide sociale,
  - avoir été placés dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe durant l'enfance,
  - souffrir d'alcoolisme ou de toxicomanie,
  - souffrir de troubles cognitifs,
  - manquer de soutien social.
- Les mères adolescentes sont confrontées aux mêmes problèmes de santé mentale et d'exposition à la violence conjugale que les mères plus âgées.
- Dans le cadre de programmes visant la prévention des mauvais traitements envers les enfants, adopter une attitude proactive pour rejoindre les jeunes mères à risque qui subissent du stress sur de nombreux fronts serait sans doute nécessaire.

Introduction

Les enfants nés de jeunes mères, qu'ils soient premier enfant ou suivant, et les mères elles-mêmes présentent un risque élevé de problèmes[1,2]. La maternité précoce constitue donc un sujet de préoccupation en santé, en éducation et en service social. Dans cet article, nous avons utilisé des données provenant d'un échantillon d'enquêtes sur les mauvais traitements envers les enfants menées au Canada en 2003 et en 2008 pour obtenir les caractéristiques des familles avec une mère adolescente (18 ans ou moins) ou jeune adulte (19 à 21 ans) ayant fait l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance et nous les avons comparées aux familles avec une mère de 22 ans ou plus. On s'intéresse aux facteurs de risque modifiables de ces familles (p. ex. alcoolisme, manque de soutien social) qui

Rattachement des auteurs :

Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance: Wendy Hovdestad, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, I.A. 6807B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-799-0921; courriel : wendy.hovdestad@phac-aspc.gc.ca

pourraient être ciblés au moyen d'interventions ou de programmes de soutien.

En 2010, le taux de naissances vivantes était de 7,7 pour 1 000 femmes chez les mères de 15 à 17 ans et de 25,8 pour 1 000 femmes chez les mères de 18 à 19 ans[3]. Des différences notables ont été relevées quant au lieu de résidence de ces femmes : en 2006-2010, le taux de naissances vivantes par âge chez les femmes de 10 à 17 ans variait entre 1,6 pour 1 000 au Québec et 29,4 pour 1 000 au Nunavut[3]. Chez les femmes de 18 et 19 ans, ce taux variait entre 17,8 pour 1 000 en Colombie-Britannique et 168,9 pour 1 000 au Nunavut[3]. Les naissances associées à une mère de 20 ans ou plus représentaient 96 % des naissances vivantes au Canada en 2009[4]. Selon Jutte et collab., 4,2 % des naissances vivantes au Canada en 2006 étaient associées à des adolescentes[2].

La variation du taux de maternité précoce entre les provinces et les territoires pourrait s'expliquer en partie par des différences culturelles liées à sa désirabilité. Les données probantes associées à des retombées positives pour les jeunes mères et leurs enfants et à l'importance des facteurs culturels influençant ces résultats ont été présentées dans d'autres publications[5]. Il n'en demeure pas moins que les enfants de jeunes mères courent au Canada un risque accru de mauvaise santé et de problèmes de développement[2]. Jutte et collab. ont étudié une cohorte de 32 000 enfants nés entre 1979 et 1984 et résidants à Winnipeg à l'âge de 17 ans[2]. Les enfants nés de mères adolescentes (6 %) et les enfants nés de mères adolescentes au moment de la naissance de leur premier enfant (10 %) ont été comparés aux enfants de femmes qui n'ont pas été mères à l'adolescence. Les enfants nés de mères adolescentes ou de mères ayant donné naissance à une sœur ou à un frère plus âgé pendant leur adolescence sont associés à un taux de mortalité de 2 à 4 fois plus élevé que les enfants des autres mères. On avait accès pour une partie de l'échantillon aux données sur les interventions des services de protection de l'enfance au moment où les enfants avaient entre 8 et 17 ans. Les enfants de mères adolescentes ou de mères ayant été mères à l'adolescence couraient 2 à 3 fois plus de risque d'avoir fait l'objet de ces interventions. La moitié de la cohorte d'enfants placés en famille d'accueil était constituée d'enfants de mères adolescentes ou de mères ayant été mères à l'adolescence.

L'analyse de données d'autres travaux de recherche canadiens effectués sur 1 928 jeunes adultes en Ontario indique que ceux dont la mère était jeune (20 ans ou moins) lors de la naissance du premier enfant étaient davantage susceptibles d'avoir subi de la violence (physique ou sexuelle) durant leur enfance[6]. Cette association s'est maintenue même en contrôlant statistiquement le statut socioéconomique de la famille.

Les mauvais traitements infligés dans les familles dirigées par une jeune mère sont particulièrement préoccupants, car les nourrissons et les jeunes enfants maltraités sont très vulnérables aux blessures, risquent de mourir et sont souvent considérés comme suffisamment à risque pour requérir un placement hors de leur foyer[7-9]. Les enfants canadiens de 17 ans et moins décédés en raison d'un homicide commis par un membre de la famille sont d'ailleurs surtout des enfants de moins de 12 mois[9], ce qui est un indicateur de risque. Compte tenu de cette vulnérabilité, la nécessité d'une intervention immédiate des services sociaux pourrait être plus grande dans ces familles que dans celles où la mère et les enfants sont plus âgés.

Fallon et collab.[10] ont utilisé les données du cycle de 2008 de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) pour répertorier les caractéristiques des jeunes parents canadiens dont la famille a fait l'objet d'une enquête par un service de protection de l'enfance et les caractéristiques des services prodigués à ces familles. D'après leurs résultats, 22 % à 23 % des mères biologiques de 21 ans ou moins présentaient des antécédents de placement en famille d'accueil ou en foyer de groupe, contre 10 % des mères biologiques ayant entre 22 ans et 30 ans. Dans d'autres analyses réalisées sur les parents biologiques de moins de 31 ans s'occupant d'un enfant, les chercheurs ont observé que les antécédents de séjour en institution étaient associés à des services permanents à la famille, à un manque de soutien social et à des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie[10].

De fait, les données populationnelles sur la protection de l'enfance indiquent que les familles avec de jeunes mères sont associées à un plus grand nombre de facteurs de risque liés aux mauvais traitements envers les enfants et à un plus grand besoin d'intervention de la part des services de protection de l'enfance. Nous avons combiné les données de l'ECI de 2003 (ECI-2003) et de l'ECI de 2008 (ECI-2008) pour dresser le portrait des familles canadiennes ayant fait l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance. Les mères adolescentes et les jeunes mères et leur famille ont été comparées aux familles avec des mères de 22 ans ou plus.

Méthodologie

Source des données

Notre étude repose sur l'analyse de données recueillies au cours de deux cycles de l'ECI, celui de 2003 et celui de 2008. Les données des deux cycles ont été regroupées pour augmenter la taille de l'échantillon. L'ECI a répertorié les enquêtes sur les mauvais traitements envers des enfants menées par des organismes de protection de l'enfance du Canada sur trois mois, à l'automne de l'année d'étude. Les travailleurs des services de protection de l'enfance ont rempli un questionnaire de trois pages sur chaque enfant faisant l'objet d'une enquête, quatre à huit semaines après qu'une allégation ait été portée. L'ECI ne tient compte ni des dossiers déjà ouverts, ni des cas rejetés, ni des dossiers ouverts en raison de motifs autres que les mauvais traitements envers un enfant. Les données du Québec ont été exclues de l'ECI-2003 du fait de différences dans la méthodologie de collecte et dans la comparaison entre les données. De plus amples renseignements sur l'ECI-2003 et l'ECI-2008 sont disponibles dans d'autres publications[11,12]. L'appartenance de l'enfant et de son principal pourvoyeur de soins à un groupe autochtone est consignée dans l'ECI, mais la consultation auprès des peuples autochtones en vertu des principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) n'ayant pas eu lieu, ces variables ont été exclues de l'analyse.

Échantillon d'étude

Nous avons sélectionné à partir des ensembles de données regroupées de l'ECI-2003 et de l'ECI-2008 tous les enfants dont

le principal pourvoyeur de soins était la mère biologique. Nous avons divisé l'échantillon en trois groupes en fonction de l'âge de la mère : mères adolescentes, de 18 ans ou moins (n = 284), mères jeunes adultes, de 19 à 21 ans (n = 800), et mères de 22 ans ou plus (n = 5 752). Compte tenu des facteurs de stress liés au fait d'avoir un jeune enfant, et afin d'augmenter la comparabilité des groupes, nous n'avons retenu que les familles comptant au moins un enfant de moins de 6 ans. Lorsqu'il y avait plus d'un enfant de moins de 6 ans, nous avons axé l'étude sur le plus jeune enfant biologique.

Mesures

Le questionnaire comprenait des données sur l'enfant (âge et sexe), le ménage (sources de revenu, logement surpeuplé ou non), le principal pourvoyeur de soins et le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant (sexe, lien de parenté avec l'enfant et facteurs de risque), l'orientation vers un service par un travailleur des services de protection de l'enfance en raison d'un membre de la famille et enfin résultat de l'enquête. Les groupes d'âge des pourvoyeurs de soins de l'enfant étaient les suivants : moins de 16 ans, 16 à 18 ans, 19 à 21 ans, 22 à 30 ans, 31 à 40 ans, 41 à 50 ans, 51 à 60 ans, plus de 60 ans, ce qui a limité notre capacité à obtenir des données en fonction d'une ventilation plus détaillée de l'âge de la mère.

Le travailleur des services de protection de l'enfance a coté chacun des facteurs de risque comme étant « confirmé », « soupçonné », « non » ou « inconnu », à la fois pour le pourvoyeur principal et pour le pourvoyeur secondaire de soins à l'enfant. Nous avons combiné les pourcentages des facteurs « confirmés » et « soupçonnés » pour l'alcoolisme, la toxicomanie et l'inhalation de solvants, les troubles cognitifs, les problèmes de santé mentale, le manque de soutien social, le fait d'être victime de violence familiale, les antécédents de placement dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe et le fait d'être auteur de violence familiale. Les cas pour lesquels le travailleur a coté « inconnu » ont été inclus dans le dénominateur (c.-à-d. qu'on a présumé que le pourvoyeur de soins de l'enfant ne présentait pas ce facteur de risque).

L'ECI-2008 a recensé deux types d'enquête : les enquêtes sur les mauvais traitements, pour lesquelles la personne ayant avisé les services de protection de l'enfance estimait qu'il y avait eu maltraitance, et les enquêtes sur le risque de futurs mauvais traitements, pour lesquelles la personne ayant avisé les services de protection de l'enfance estimait que l'enfant risquait de futurs mauvais traitements. L'ECI-2003 n'a intégré que les enquêtes sur les mauvais traitements. Lors de chaque enquête sur les mauvais traitements, le travailleur des services de protection de l'enfance est susceptible d'enquêter sur chacune des cinq grandes catégories de mauvais traitements (violence physique, abus sexuel, négligence, violence psychologique et exposition à la violence conjugale) et de la coter comme étant une préoccupation primaire, secondaire ou tertiaire. Le travailleur cote également chaque catégorie de mauvais traitements examinée comme étant « corroborée », « soupçonnée » ou « non corroborée ». Nous avons présenté le pourcentage d'enquêtes (combinant les préoccupations primaires, secondaires et tertiaires) par catégorie de mauvais traitements et le pourcentage de mauvais traitements corroborés parmi ces enquêtes. L'enquête sur le risque de futurs mauvais traitements était considérée comme corroborée si le travailleur avait fait état d'un risque important de futurs mauvais traitements. Nous avons présumé que la réponse « inconnu » était un « non ».

Analyses statistiques

Nous avons utilisé des tests du chi carré pour déceler les variations entre les estimations relatives aux familles avec une jeune mère (adolescente ou jeune adulte) et celles relatives aux familles dont la mère avait 22 ans ou plus, en présumant que l'échantillon combiné de l'ECI avait été constitué de façon aléatoire. Comme nos travaux étaient axés sur les facteurs associés aux familles avec une jeune mère (plutôt que sur le nombre de familles avec de jeunes mères) et compte tenu des préoccupations soulevées par la représentativité au Canada des estimations fondées sur les données pondérées de l'ECI[13], toutes les analyses ont été réalisées avec les données non pondérées. Ces analyses ont été menées en utilisant le SAS Enterprise Guide 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, É.-U.).

Résultats

Dans les familles où le principal pourvoyeur de soins de l'enfant était une jeune mère (moins de 21 ans), 26 % de ces mères avaient 18 ans ou moins. La source la plus fréquente de revenu des ménages dont le principal pourvoyeur de soins de l'enfant était une jeune mère entrait dans la catégorie « aide sociale, autres types de prestations ou absence de revenu » (pour 68 % des mères adolescentes de 18 ans ou moins et 57 % des mères jeunes adultes de 19 à 21 ans contre 36 % des familles dont la mère avait 22 ans ou plus) (tableau 1). Les familles avec une mère adolescente et les familles avec une mère de 22 ans ou plus bénéficiaient plus souvent de la présence à la maison d'un pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant (respectivement 57 % et 59 %) que les familles avec une mère jeune adulte (52 %). Un autre adulte (autre que les pourvoyeurs de soins principal et secondaire de l'enfant) vivait dans la maison de 51 % des familles avec une mère adolescente, contre 29 % pour les familles avec une mère jeune adulte et 15 % pour les familles avec une mère de 22 ans ou plus. Dans 72 % des familles avec une mère adolescente et un autre adulte sous le même toit, l'autre adulte était un grand-parent (données non présentées). Les familles avec une mère adolescente vivaient plus souvent dans un logement surpeuplé, et à la fois les familles avec une mère adolescente et les familles avec une mère jeune adulte avaient plus souvent déclaré plusieurs déménagements au cours de l'année.

Les jeunes mères étaient plus nombreuses que les mères de 22 ans ou plus à présenter des facteurs de risque recensés par le travailleur des services de protection de l'enfance responsable de l'enquête, notamment l'alcoolisme ou la toxicomanie, les troubles cognitifs et le manque de soutien social (tableau 2). Les mères adolescentes étaient plus nombreuses que les mères jeunes adultes à être associées à ces facteurs de risque. Les mères des trois groupes couraient le même risque d'être

TABLEAU 1
Caractéristiques du ménage, de la famille et de l'enfant des familles recensées[a] dans lesquelles le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est la mère biologique, 2003 et 2008

Caractéristiques	Âge de la mère (ans)					
	18 ou moins		19 à 21		22 ou plus	
	N	%	N	%	N	%
Nombre total de familles	284		800		5 752	
Âge de la mère (ans)						
Moins de 16	15	5,3	–	–	–	–
16 à 18	269	94,7	–	–	–	–
19 à 21	–	–	800	100,0	–	–
22 à 30	–	–	–	–	3 170	55,1
31 à 40	–	–	–	–	2 269	39,4
41 et plus	–	–	–	–	313	5,4
Âge de l'enfant (ans)						
Nourrisson	209	73,6*	382	47,8*	1 265	22,0
1	55	19,4	222	27,8*	1 021	17,8
2	15	5,3*	113	14,1	943	16,4
3	5	1,8*	49	6,1*	836	14,5
4 à 5	x	x	34	4,3*	1 687	29,3
Sexe de l'enfant						
Fille	133	46,8	376	47,0	2 848	49,5
Principale source de revenu du ménage[b]						
Aide sociale/autre type de prestation/aucun revenu	187	67,8*	448	57,4*	1 984	36,0
Emplois multiples/emploi saisonnier/assurance emploi	8	2,9*	65	8,3*	345	6,3
Travail à temps partiel	24	8,7	57	7,3	388	7,0
Travail à temps plein	57	20,7*	211	27,0*	2 796	50,7
Pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant vivant sous le même toit	162	57,0	418	52,3*	3 366	58,5
Autre(s) adulte(s) vivant sous le même toit[c]	144	50,7*	230	28,8*	872	15,2
Logement surpeuplé	38	13,4*	56	7,0	361	6,3
Nombre de déménagements au cours de l'année[d]						
0	72	32,6*	189	32,1*	2 468	57,2
1	75	33,9	231	39,3*	1 212	28,1
2	30	13,6*	82	13,9*	372	8,6
3 ou plus	44	19,9*	86	14,6*	260	6,0

Source : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003 et 2008.

Remarque : Estimation reposant sur le plus jeune enfant biologique si plus d'un enfant de la famille fait l'objet d'une enquête.

[a] L'étude ne portait que sur les familles comptant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans. Lorsqu'il y avait plus d'un enfant de moins de 6 ans, l'enfant biologique le plus jeune a été choisi.

[b] Données manquantes sur la principale source de revenu du ménage exclues (pour 8 mères de 18 ans ou moins, 19 mères de 19 à 21 ans et 239 mères de 22 ans ou plus).

[c] À l'exception des premiers et deuxièmes pourvoyeurs de soins de l'enfant.

[d] Données manquantes sur le nombre de déménagements exclues (pour 63 mères de18 ans ou moins, 212 mères de 19 à 21 ans et 1 440 mères de 22 ans ou plus).

* Significativement différent des mères de 22 ans ou plus ($p < 0,05$).

x Nombre de cellules inférieur à 5.

évaluées comme présentant des problèmes de santé mentale et comme étant victimes de violence familiale. Les mères de 22 ans ou plus étaient plus souvent évaluées comme ayant des problèmes de santé physique. Les jeunes mères avaient plus souvent des antécédents de placement en famille d'accueil ou dans un foyer de groupe (31 % des mères adolescentes et 23 % des mères jeunes adultes) que les mères de 22 ans ou plus (10 %). Les facteurs de risque multiples étaient plus fréquents chez les jeunes mères : trois facteurs de risque ou plus ont été décelés chez 30 % des mères adolescentes et chez 29 % des mères jeunes adultes, contre chez 23 % des mères de 22 ans ou plus.

Dans les familles où un pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant vivait sous le même toit (tableau 3), cette personne était le plus souvent le père biologique (pour 61 % des mères adolescentes, 69 % des mères jeunes adultes et 77 % des mères de 22 ans ou plus), suivi de la grand-mère dans les familles avec une mère adolescente (25 %) et du beau-père ou du conjoint de la mère dans les familles avec une mère jeune adulte (13 %) et dans les familles avec une mère de 22 ans ou plus (17 %). Dans les familles avec une jeune mère, ce pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant présentait souvent des facteurs de risque recensés par le travailleur social, notamment l'alcoolisme ou la toxicomanie, des troubles cognitifs, un manque de soutien social ou des antécédents de placement dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe. Dans tous les cas, ces facteurs de risque avaient été décelés plus fréquemment dans les familles avec une mère adolescente que dans les familles avec une mère jeune adulte. Le risque de présenter un problème de santé mentale ou physique était en revanche le même dans tous les types de familles. La présence de trois facteurs de risque ou plus chez ce pourvoyeur secondaire de soins avait été décelée dans plus du quart (27 %) des familles avec une mère adolescente, contre 23 % dans les familles avec une mère jeune adulte et 14 % dans les familles avec une mère de 22 ans ou plus.

Les enfants des familles avec une mère adolescente étaient plus souvent susceptibles de faire l'objet d'une enquête sur le risque de futurs mauvais traitements que ceux des familles dont la mère avait 22 ans ou plus (31 % contre 17 %; tableau 4). Les enquêtes sur le risque de futurs mauvais traitements étaient corroborées dans la même mesure dans les trois types de familles. Quoique ces enfants aient moins souvent fait l'objet d'une enquête sur les mauvais traitements que ceux vivant dans une famille avec une mère de 22 ans ou plus, le risque que les mauvais traitements

TABLEAU 2
Facteurs de risque de la mère dans les familles recensées[a] dans lesquelles le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est la mère biologique

Facteurs de risque	Âge de la mère (ans)					
	18 ou moins		19 à 21		22 ou plus	
	N	%	N	%	N	%
Nombre total de familles	284		800		5 752	
Alcoolisme	72	25,4*	184	23,0*	1 051	18,3
Toxicomanie/inhalation de solvants	94	33,1*	229	28,6*	1 069	18,6
Troubles cognitifs	48	16,9*	92	11,5*	414	7,2
Problèmes de santé mentale	69	24,3	212	26,5	1 403	24,4
Problèmes de santé physique	10	3,5*	40	5,0*	427	7,4
Manque de soutien social	131	46,1*	327	40,9*	2 106	36,6
Victime de violence familiale	103	36,3	359	44,9	2 414	42,0
Antécédents de placement dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe[b]	55	30,9*	112	23,3*	347	10,0
Nombre total de facteurs de risque recensés[c]						
0	51	18,0*	164	20,5*	1 661	28,9
1	86	30,3	231	28,9	1 561	27,1
2	63	22,2	172	21,5	1 207	21,0
3 ou plus	84	29,6*	233	29,1*	1 323	23,0

Source : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003 et 2008.

[a] L'étude ne portait que sur les familles comptant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans.

[b] Uniquement interrogé en 2008 (178 mères de 18 ans ou moins, 480 mères de 19 à 21 ans et 3 479 mères âgées de 22 ans ou plus).

[c] Selon sept facteurs (alcoolisme, toxicomanie ou inhalation de solvants, troubles cognitifs, problèmes de santé mentale, manque de soutien social, victime de violence familiale, problèmes de santé physique).

* Significativement différent des mères de 22 ans ou plus ($p < 0,05$).

soient corroborés était le même. Les enfants de familles avec une mère adolescente ou une mère jeune adulte avaient plus souvent fait l'objet d'une enquête pour négligence, tandis que les enfants de familles avec une mère de 22 ans ou plus avaient plus souvent fait l'objet d'une enquête menée en raison de violence physique ou d'abus sexuel. Les mêmes tendances ont été observées lorsque l'analyse se limitait aux familles dans lesquelles l'enfant était âgé de deux ans ou moins (données non présentées).

Les enquêtes sur la violence psychologique envers les enfants étaient plus fréquentes dans les familles avec une mère jeune adulte que dans les familles avec une mère de 22 ans ou plus (18 % contre 15 %). L'exposition à la violence conjugale constituait moins souvent l'objet d'une enquête chez les enfants de mère adolescente (20 %) que chez les enfants dont la mère avait 22 ans ou plus (29 %), mais ce type d'enquête était plus fréquent chez les enfants de mère jeune adulte (33 %). La même tendance a été constatée lorsque l'analyse se limitait aux familles dans lesquelles le père biologique ou le conjoint de la mère habitait sous le même toit (données non présentées). Les mauvais traitements faisant l'objet de l'enquête étaient corroborés dans la même mesure pour chacun des cinq types de mauvais traitements chez les enfants des trois groupes de famille (tableau 4).

Dans les familles où les mauvais traitements envers l'enfant le plus jeune avaient été corroborés, le travailleur social orientait plus fréquemment les jeunes mères (adolescentes ou jeunes adultes) que les mères de 22 ans ou plus vers un groupe de soutien ou un counselling pour parents ou encore vers du soutien familial à domicile (tableau 5). Les familles avec une mère adolescente étaient plus souvent orientées vers de l'aide sociale, et les familles avec une mère jeune adulte vers des services médicaux ou dentaires. Les familles avec une mère adolescente étaient moins fréquemment orientées vers des services d'aide aux victimes de violence familiale. La même tendance (orientations en raison de violence familiale presque aussi nombreuses dans les familles avec une mère jeune adulte que dans les familles du groupe de comparaison et moins nombreuses dans les familles avec une mère adolescente) a été observée lorsque l'analyse se limitait aux familles dont le père biologique ou le conjoint de la mère vivait sous le même toit (données non présentées). Les membres de la famille étaient susceptibles dans la même mesure dans les trois groupes d'être dirigés vers un counselling en matière de toxicomanie ou d'alcoolisme, une banque alimentaire ou un refuge, ou encore vers des services psychiatriques ou psychologiques.

Parmi les familles avec une jeune mère dans lesquelles la mère ou le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant avait été évalué comme alcoolique ou toxicomane, moins d'un tiers ont été dirigées vers un counselling en matière de toxicomanie ou d'alcoolisme (26 % dans les familles avec une mère adolescente, 29 % dans les familles avec une mère jeune adulte et 31 % dans les familles avec une mère de 22 ans ou plus). Dans les familles avec une jeune mère où des problèmes de santé mentale chez la mère ou le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant avaient été relevés, moins d'un quart de ces derniers ont été orientés vers des services psychiatriques ou psychologiques (19 % dans les familles avec mère adolescente, 24 % dans les familles avec mère jeune adulte, 23 % dans les familles avec mère de 22 ans ou plus) (données non présentées).

Les enfants de mère adolescente étaient plus souvent soumis dans le cadre de l'enquête à un examen physique réalisé par un médecin ou une infirmière que les enfants du groupe de comparaison. Le placement de l'enfant durant l'enquête était plus fréquent pour les familles avec une jeune mère (adolescente ou jeune adulte) que pour les familles avec une mère de 22 ans ou plus (29 % et 27 % contre 17 %). La police intervenait moins souvent dans le cadre d'une enquête pour violence familiale entre adultes dans les familles avec une mère adolescente, et cette tendance se maintenait lorsque l'analyse se limitait aux familles dans lesquelles le père biologique ou le conjoint de la mère vivait sous le même toit (données non présentées). Les trois groupes étaient susceptibles dans la

TABLEAU 3
Caractéristiques du pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant dans les familles recensées[a] dans lesquelles le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est la mère biologique

	Âge de la mère (ans)					
	18 ou moins		19 à 21		22 ou plus	
	N	%	N	%	N	%
Nombre total de familles[b]	162		418		3 366	
Lien de parenté entre le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant et l'enfant[c]						
Père biologique	99	61,1*	287	69,3*	2 577	76,9
Beau-père/conjoint de la mère	11	6,8*	52	12,6*	576	17,2
Grand-mère	40	24,7*	50	12,1*	100	3,0
Autre homme	8	4,9*	16	3,9*	52	1,6
Autre femme	x	x	9	2,2	45	1,3
Alcoolisme	59	36,4*	121	28,9*	826	24,5
Toxicomanie/inhalation de solvants	65	40,1*	145	34,7*	674	20,0
Troubles cognitifs	21	13,0*	38	9,1*	198	5,9
Problèmes de santé mentale	24	14,8	52	12,4	434	12,9
Problèmes de santé physique	11	6,8	19	4,5	185	5,5
Manque de soutien social	65	40,1*	132	31,6*	883	26,2
Victime de violence familiale	21	13,0	57	13,6*	318	9,4
Antécédents de placement dans une famille d'accueil ou un foyer de groupe[d]	14	13,2*	31	11,2*	123	5,8
Agresseur responsable de la violence familiale	42	25,9*	153	36,6	1 207	35,9
Nombre total de facteurs de risque recensés[e]						
0	50	30,9*	164	39,2*	1 607	47,7
1	31	19,1	98	23,4	782	23,2
2	37	22,8*	58	13,9	501	14,9
3 ou plus	44	27,2*	98	23,4*	476	14,1

Source : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003 et 2008.

Remarque : Les estimations reposent sur l'enfant biologique le plus jeune si plus d'un enfant de la famille fait l'objet d'une enquête.

[a] L'étude ne portait que sur les familles comptant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans. Lorsqu'il y avait plus d'un enfant de moins de 6 ans, l'enfant biologique le plus jeune a été choisi.

[b] Familles dont le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant vit sous le même toit.

[c] Sauf les cas pour lesquels on ne connait pas le lien entre le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant et l'enfant (pour 4 mères de 19 à 21 ans et 16 mères de 22 ans ou plus).

[d] Uniquement demandé en 2008 (pour 106 mères de 18 ans ou moins, 276 mères de 19 à 21 ans et 2 133 mères de 22 ans ou plus).

[e] Selon sept facteurs (alcoolisme, toxicomanie ou inhalation de solvants, troubles cognitifs, problèmes de santé mentale, manque de soutien social, victime de violence familiale, problèmes de santé physique).

* Significativement différent des mères de 22 ans ou plus ($p < 0,05$).

x Nombre de cellules inférieur à 5.

même mesure d'être la cible d'une intervention policière menée dans le cadre d'une enquête pour mauvais traitements envers un enfant.

Analyse

Les risques se sont révélés élevés que les membres de la famille faisant l'objet d'une enquête par les services de protection de l'enfance soient violents et présentent des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de toxicomanie et d'autres problèmes. Dans ce regroupement d'échantillons de familles canadiennes à risque élevé recensées en 2003 ou 2008, nous avons analysé, en fonction de l'âge de la mère, certaines variables liées à ces risques et portant sur le ménage, les caractéristiques de l'enfant et de la famille, les facteurs de risque de la mère et du pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant et enfin les services ayant fait l'objet d'une orientation et utilisés. Dans tous les cas, on a observé un gradient d'âge évident, les familles dont les mères étaient les plus jeunes étant les plus à risque. Toutefois, aucun gradient d'âge de la mère n'était clairement visible quant aux types de mauvais traitements corroborés, et le lien entre l'âge de la mère et la violence conjugale était complexe.

Contrairement à d'autres échantillons dans lesquels les jeunes couples étaient plus portés que les couples plus âgés à faire état de violence[14,15], les mères les plus jeunes de cet échantillon de données sur la protection de l'enfance n'étaient pas plus nombreuses à être victimes de violence familiale. À notre avis, ce résultat n'était pas attribuable à la présence ou à l'absence d'un conjoint, mais plutôt à la présence d'un autre adulte dans la maison, ce qui était très fréquent dans les familles avec une mère adolescente. Bien que le risque de violence conjugale des mères adolescentes puisse être élevé, la présence d'un autre adulte sous le même toit en réduirait les manifestations.

Le gradient d'âge de l'un des facteurs de risque des mères était particulièrement net : 10 % des mères de 22 ans ou plus présentaient des antécédents de placement dans une famille d'accueil ou en foyer de groupe avérés ou soupçonnés, contre plus de 20 % des mères de 19 à 21 ans et plus de 30 % des mères de moins de 18 ans. Un gradient d'âge significatif mais plus faible a été relevé concernant le pourvoyeur secondaire de soins de l'enfant. Un séjour en famille d'accueil ou en foyer de groupe est l'indice d'antécédents de mauvais traitements dans l'enfance. Le lien entre des antécédents de mauvais traitements et une parentalité précoce a déjà été examiné[16-18]. À l'aide des données tirées d'une étude longitudinale menée sur un échantillon de 1 000 adolescents américains suivis depuis 1988, Thornberry et collab.[19] ont constaté que les mauvais traitements (y compris le fait d'être témoin d'actes graves de violence familiale) infligés au cours de la croissance étaient un facteur de risque lié au signalement corroboré de mauvais traitements envers un enfant avant l'âge

TABLEAU 4
Type d'enquête(s) dont l'enfant le plus jeune[a] fait l'objet dans les familles recensées dans lesquelles le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est la mère biologique

	Âge de la mère biologique (ans) ayant fait l'objet d'une enquête						Âge de la mère biologique (ans) dont l'enquête a corroboré le signalement					
	18 ou moins		19 à 21		22 ou plus		18 ou moins		19 à 21		22 ou plus	
	N	%	N	%	N	%	N	%[d]	N	%[d]	N	%[d]
Total	284		800		5 752							
Enquête sur le risque[b]	89	31,3*	146	18,3	974	16,9	31	34,8	46	31,5	260	26,7
Enquête sur les mauvais traitements	195	68,7*	654	81,8	4 778	83,1	111	56,9	360	55,0	2 462	51,5
Type d'enquête sur les mauvais traitements[c]												
Négligence	129	45,4*	359	44,9*	2 075	36,1	65	50,4	159	44,3	968	46,7
Exposition à la violence conjugale	56	19,7*	262	32,8*	1 680	29,2	36	64,3	189	72,1	1 192	71,0
Violence psychologique	38	13,4	142	17,8*	854	14,8	20	52,6	72	50,7	385	45,1
Violence physique	25	8,8*	67	8,4*	1 047	18,2	8	32,0	12	17,9	304	29,0
Abus sexuel	x	x	11	1,4*	301	5,2	x	x	x	x	51	16,9

Source : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003 et 2008.

[a] L'étude ne portait que sur les familles comptant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans. Lorsqu'il y avait plus d'un enfant de moins de 6 ans, l'enfant biologique le plus jeune a été choisi.

[b] Enquêtes sur le risque dont les données n'ont été recueillies qu'en 2008.

[c] Comprend les enquêtes menées en raison de mauvais traitements de forme primaire, secondaire et tertiaire.

[d] Nombre de cas corroborés divisé par le nombre de cas ayant fait l'objet d'une enquête.

* Significativement différent des mères âgées de 22 ans ou plus ($p < 0,05$).

x Nombre de cellules inférieur à 5.

de 33 ans. Dans cet échantillon, presque exclusivement masculin, une transition rapide vers l'âge adulte (c.-à-d. vivre en couple avant l'âge de 19 ans ou devenir parent avant l'âge de 20 ans) a été associée à un risque quatre fois plus élevé de perpétrer des mauvais traitements[19].

Par conséquent, chez les jeunes mères et les pourvoyeurs secondaires de soins de l'enfant répertoriés dans cet échantillon, des antécédents personnels de mauvais traitements durant l'enfance pourraient être associés à la fois à la parentalité précoce et à l'implication des services de protection de l'enfance. Un programme d'intervention précoce auprès des jeunes mères du type de celles de cet échantillon pourrait être plus efficace, plus rentable et moins stigmatisant que les interventions des services de protection de l'enfance qui, par définition, ne surviennent que si une personne inquiète a signalé le cas aux services de protection de l'enfance.

Un gradient d'âge de la mère a été observé pour ce qui est de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, les mères les plus jeunes et les pourvoyeurs secondaires de soins de l'enfant dans les familles avec de jeunes mères présentant plus fréquemment ces problèmes. Pourtant, le degré d'orientation vers un counselling en matière de toxicomanie ou d'alcoolisme était le même dans les trois groupes. Les mères et les pourvoyeurs secondaires de soins de l'enfant des jeunes familles auraient peut-être davantage besoin d'être orientés vers ces services. Il se peut aussi que ces personnes ne soient pas dirigées plus fréquemment vers ces services car elles en bénéficient déjà ou parce que ces services ne sont pas accessibles aux jeunes familles dans leur collectivité.

Nos travaux peuvent contribuer à l'étude des besoins potentiellement non comblés en matière de services et sur les meilleures façons de satisfaire ces besoins. Notre analyse peut en outre contribuer à éviter à la base une intervention des services de protection de l'enfance dans les familles. Ne faire l'objet d'aucune intervention des services de protection de l'enfance signifierait éviter les premiers mauvais traitements envers les enfants, et, idéalement, éviter également les facteurs de risque pouvant aboutir à une orientation vers les services de protection de l'enfance. Comme les mères les plus jeunes ont parfois des besoins multiples et subissent de nombreux stress qui font en sorte qu'il leur est difficile de bénéficier des services et du soutien qu'offrent la collectivité, les programmes visant la prévention des mauvais traitements pourraient devoir être proactifs pour rejoindre les mères à risque. En effet, les mères capables d'accéder aux services de soutien (p. ex. déposer leur nourrisson à une halte-garderie) pourraient ne pas être celles qui auraient le plus besoin de soutien.

Aux États-Unis, le Nurse-Family Partnership a ainsi réduit l'ampleur de plusieurs problèmes, notamment la mortalité de la mère et de l'enfant, comme deux décennies de suivi l'ont montré[20]. Ce partenariat est un programme intensif de visites à domicile au cours desquelles des infirmières spécialement formées en santé publique suivent de jeunes nouvelles mères, de la période prénatale jusqu'au 2 ans de l'enfant[21]. Toutes les mères participant au programme consentent à le faire et, dans ce cadre volontaire, une infirmière s'assure de la participation active de chacune. Les essais cliniques randomisés (ECR) menés aux États-Unis ont révélé que ce programme diminue le nombre de signalements de mauvais traitements envers les enfants vérifiés par l'État[22] ainsi que les facteurs de risque associés aux mauvais traitements envers les enfants[21,23]. Un ECR réalisé dans le cadre de ce programme est actuellement

TABLEAU 5

Services financés par le secteur public utilisés par les familles recensées[a] ou vers lesquels on les a dirigés, familles dans lesquelles le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est la mère biologique et pour lesquelles les mauvais traitements de l'enfant le plus jeune ont été corroborés

	Âge de la mère (ans)					
	Moins de 18		19 à 21		22 ou plus	
	N	%	N	%	N	%
Nombre total de familles dont les mauvais traitements de l'enfant le plus jeune ont été corroborés	111		360		2 462	
Orientation d'un membre de la famille vers un service						
Groupe de soutien pour parents	29	26,1*	62	17,2*	298	12,1
Counselling pour parents ou soutien familial à domicile	30	27,0*	80	22,2*	438	17,8
Counselling en matière de toxicomanie ou d'alcoolisme	20	18,0	78	21,7	457	18,6
Aide sociale	20	18,0*	26	7,2	124	5,0
Banque alimentaire	x	x	21	5,8	129	5,2
Refuge	10	9,0	27	7,5	172	7,0
Services en matière de violence familiale	17	15,3*	89	24,7	607	24,7
Services psychiatriques ou psychologiques	10	9,0	42	11,7	293	11,9
Services médicaux ou dentaires	5	4,5	29	8,1*	118	4,8
Examen physique de l'enfant par un médecin ou une infirmière	23	20,7*	48	13,3	276	11,2
Placement au cours de l'enquête[b]						
Placement effectué	31	29,0*	93	27,3*	369	16,5
Placement envisagé	7	6,5*	x	x	44	2,0
Aucun placement nécessaire ou envisagé	69	64,5*	246	72,1*	1 820	81,5
Intervention policière au cours d'une enquête sur la violence conjugale entre adultes						
Enquête uniquement	13	11,7	59	16,4	358	14,5
Accusations envisagées	x	x	5	1,4	73	3,0
Accusations portées	14	12,6*	92	25,6	584	23,7
Aucune intervention policière	83	74,8*	204	56,7	1 447	58,8
Intervention policière au cours d'une enquête sur des mauvais traitements envers un enfant						
Enquête uniquement	16	14,4	39	10,8	267	10,8
Accusations envisagées	x	x	x	x	46	1,9
Accusations portées	x	x	9	2,5	99	4,0
Aucune intervention policière	89	80,2	311	86,4	2 050	83,3

Source : Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003 et 2008.

[a] L'étude ne portait que sur les familles comptant au moins un enfant âgé de moins de 6 ans. Lorsqu'il y avait plus d'un enfant de moins de 6 ans, l'enfant biologique le plus jeune a été choisi.

[b] Sauf les cas de 2008 pour lesquels on a recueilli des données limitées sur le placement à certains sites (pour 23 mères de moins de 22 ans et 229 mères de 22 ans ou plus).

* Significativement différent des mères de 22 ans ou plus ($p < 0,05$).

x Nombre de cellules inférieur à 5.

en cours en Colombie-Britannique pour déterminer si ce programme est efficace dans le contexte canadien[24]. Pour compléter l'ECR, l'Agence de la santé publique du Canada a commandé une évaluation de processus pour comprendre comment et pourquoi ce programme est une réussite ou un échec en fonction des différents contextes en Colombie-Britannique.

Comparativement à d'autres familles ayant fait l'objet d'un signalement auprès des services de protection de l'enfance, les familles avec une jeune mère présentent plus souvent des facteurs de risque modifiables par des programmes d'intervention. Ces jeunes mères ont des besoins qui, avec une intervention efficace plus précoce, pourraient ne pas avoir été pressants au point de nécessiter une intervention des services de protection de l'enfance. D'après Fallon et collab.[10], la prestation permanente d'un service à la suite d'une enquête visant la protection de l'enfant s'est révélée plus fréquente chez les jeunes mères, et ces prestations comportent des coûts. Il serait peut-être utile d'examiner le ratio coûts-avantages (autant pour les coûts humains que financiers) de la prestation précoce et ciblée de services de prévention aux familles les plus à risque par rapport à la prestation ultérieure d'interventions des services de protection de l'enfance. Les interventions précoces permettant de soutenir les jeunes mères aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de santé mentale pourraient non seulement prévenir les futures enquêtes des services de protection de l'enfance mais aussi présenter des avantages à long terme pour la santé des mères. Cette information pourrait s'avérer utile à ceux qui cherchent à déterminer la rentabilité de la mise en œuvre d'un programme.

Points forts et limites

Comme les antécédents génésiques de la femme n'ont pas été pris en compte dans l'ECI, l'une des limites de nos analyses concerne le fait que certaines des mères de 22 ans ou plus pourraient avoir été mère au cours de leur adolescence. Nous n'avons pas été en mesure d'examiner les caractéristiques des familles dans lesquelles les mères avaient été mères à l'adolescence. Par ailleurs, la mesure des conditions socioéconomiques recensées dans cet ensemble de données était limitée, et nos analyses ne pouvaient pas prendre en compte les effets possibles du soutien social offert en situation de grossesse précoce selon la culture sur les facteurs de risque évalués dans le cadre de l'ECI. En outre, nous avons présumé qu'un échantillonnage aléatoire simple avait servi à la constitution de l'échantillon, ce qui implique probablement une sous-estimation de la variance lors du calcul des estimations.

L'une des forces de nos travaux de recherche est le fait que le groupe de comparaison avec

les mères adolescentes et les mères jeunes adultes ayant déjà fait l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance était constitué de mères ayant également fait l'objet d'un signalement auprès de ces services. En outre, nous avons constitué les groupes les plus semblables possible en restreignant les analyses aux familles comptant de jeunes enfants. Les jeunes mères ayant fait l'objet d'un signalement auprès des services de protection de l'enfance peuvent en effet être très différentes des jeunes mères répertoriées dans les enquêtes menées sur une population représentative de la population générale. Par exemple, dans le cas de la consommation d'alcool par les jeunes mères, les données de 2005 à 2008 indiquent que les mères de 20 à 24 ans (les plus jeunes de l'étude) étaient moins ou aussi nombreuses que les mères plus âgées à déclarer consommer de l'alcool au cours de la grossesse (8 % contre 11 % en moyenne pour l'ensemble des groupes d'âge disponibles)[3]. À l'opposé, on a relevé un problème d'alcoolisme chez bon nombre des jeunes mères de l'échantillon utilisé. On est ainsi mieux à même de comprendre les besoins de ces jeunes familles en comparant ces mères à un groupe ayant fait l'objet d'un signalement aux services de protection de l'enfance plutôt qu'à la population générale.

Références

1. Koniak-Griffin D, Turner-Pluta C. Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: a review of the literature. J Perinat Neonat Nurs. 2001;15(2):1-17.

2. Jutte DP, Roos NP, Brownell MD, Briggs G, MacWilliam L, Roos LL. The ripples of adolescent motherhood: social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. Acad Pediatr. 2010;10(5):293-301.

3. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2013.

4. Statistique Canada. Tableau 2-2 : naissances vivantes, selon la géographie – âge de la mère. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2009. [Statistique Canada, N° 84F0210X au catalogue]. Consultable en ligne à la page : http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0210x/2009000/t003-fra.htm.

5. Sherraden MS, Gonzalez R, Rainford W. Hacia un futuro más seguro: pregnancy and childbearing among Latina adolescents. Dans Holgate HS, Evans R, Yuen FKO editors. Teenage pregnancy and parenthood: global perspectives, issues, and interventions. New York (NY) : Routledge; 2006 p. 36-57.

6. MacMillan HL, Tanaka M, Duku E, Vaillancourt T, Boyle MH. Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: results from the Ontario Child Health Study. Child Abuse Negl. 2013;37(1):14-21.

7. Tonmyr L, Williams G, Jack SM, MacMillan HL. Infant placement in Canadian child maltreatment-related investigations. Int J Ment Health Addict. 2011;9:441-459.

8. Williams G, Tonmyr L, Jack SM, Fallon B, MacMillan HL. Determinants of maltreatment substantiation in a sample of infants involved with the child welfare system. Child Youth Serv Rev. 2011;33:1345-1353.

9. Superle T. La violence familiale envers les enfants et les jeunes. Dans: La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2013. Ottawa (Ont.) : Centre canadien de la statistique juridique; 2015. p. 46-62. [Statistique Canada, N° 85-002-X au catalogue].

10. Fallon B, Ma J, Black T, Wekerle C. Characteristics of young parents investigated and opened for ongoing services in child welfare. Int J Ment Health Addict. 2011;9(4):365-381.

11. Agence de la santé publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008 : données principales. 2010. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

12. Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B et collab. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : données principales. Ottawa (Ont.) : Agence de santé publique du Canada; 2005.

13. Dumais J. Comparison and assessment of CIS 1998, 2003 and 2008 Designs. 2010. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada. Rapport non publié.

14. Al-Sahab B, Heifetz M, Tamim H, Bohr Y, Connolly J. Prevalence and characteristics of teen motherhood in Canada. Maternal Child Health. 2012;16(1):228-234.

15. Sinha M. La violence familiale au Canada : un profil statistique 2011. Juristat. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique; 2013. [Statistique Canada, N° 85-002 au catalogue].

16. Cederbaum JA, Putnam-Hornstein E, King B, Gilbert K, Needell B. Infant birth weight and maltreatment of adolescent mothers. Am J Prev Med. 2013;45(2):197-201.

17. Noll JG, Shenk CE. Teen birth rates in sexually abused and neglected females. Pediatrics. 2013;131(4):e1181-e1187.

18. Valentino K, Nuttall AK, Comas M, Borkowski JG, Akai CE. Intergenerational continuity of child abuse among adolescent mothers: authoritarian parenting, community violence, and race. Child Maltreat. 2012;17(2):172-181.

19. Thornberry TP, Matsuda M, Greenman SJ et collab. Adolescent risk factors for child maltreatment. Child Abuse Negl. 2014;38(4) 706-722.

20. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014;168(9):800-806.

21. Olds DL. The Nurse-Family Partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant Ment Health J. 2006;27:5-25.

22. Zielinski DS, Eckenrode J, Olds DL. Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: Impact on the timing of official reports. Dev Psychopathol. 2009;21:441-453.

23. Olds DL, Sadler S, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. J Child Psychol Psychiatry. 2007;48:355-391.

24. Jack SM, Catherine N, Gonzalez A et collab. Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse-Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):161-70.

Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse-Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada

S. M. Jack, I.A., Ph. D. (1, 2, 3); N. Catherine, Ph. D. (4); A. Gonzalez, Ph. D. (2, 5); H. L. MacMillan, M.D. (2, 3, 5, 6); D. Sheehan, I.A., M. Serv. Soc. (4); C. Waddell, M.D. (4); pour le groupe scientifique du British Columbia Healthy Connections Project

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Le Nurse-Family Partnership (NFP) est un programme de visites à domicile destiné aux nouvelles jeunes mères défavorisées sur le plan socioéconomique. Les données issues de trois essais contrôlés randomisés (ECR) américains ont solidement démontré l'efficacité des interventions quant à l'amélioration de l'issue de la grossesse, de la santé et du développement des enfants ainsi que de l'autonomie économique des mères. Cependant, l'efficacité du NFP dans le contexte canadien des services de santé et des services sociaux, qui diffère de celui des États-Unis, reste à déterminer. Cet article vise à décrire le processus complexe suivi pour adapter la recherche sur le NFP et mettre ainsi en œuvre ce programme au Canada.

Méthodologie : L'évaluation menée au Canada se divise en trois étapes : 1) adaptation de l'intervention, 2) mise à l'épreuve de l'intervention dans des études de faisabilité et d'acceptabilité à petite échelle et 3) réalisation d'un ECR et d'une évaluation du processus dans le cadre de l'étude intitulée British Columbia Healthy Connections Project (BCHCP). Cette évaluation à grande échelle permettra d'enrichir la base de données probantes du NFP par la tenue d'une étude supplémentaire sur les mécanismes biologiques susceptibles de témoigner de la relation entre l'intervention et les effets sur le comportement des enfants.

Résultats : L'adaptation de la documentation du NFP pour les visites à domicile est un processus continu. Un projet pilote a montré la faisabilité du recrutement des femmes admissibles au NFP. Il a aussi révélé qu'il était préférable au Canada que le NFP soit mis en œuvre par les organismes de santé publique et que les infirmières et infirmiers en santé publique (ISP) s'occupent des interventions. Enfin, il a montré que ce programme intensif de visites à domicile a bénéficié d'une réception positive de la part des clientes, des membres de leur famille et des fournisseurs de soins de santé.

Les prochaines étapes – à savoir l'ECR et l'évaluation du processus – ont été entamées dans le cadre du BCHCP. Ce projet jettera les bases d'une évaluation à long terme des principaux résultats en matière de santé publique concernant des familles hautement vulnérables.

Mots-clés : études d'intervention, prévention, soins infirmiers de santé publique, visites à domicile, violence envers les enfants

Principales constatations

- L'efficacité du programme Nurse-Family Partnership, une intervention de santé publique complexe qui améliore la vie des nouvelles mères vulnérables et de leur famille, a été prouvée aux États-Unis.
- Avant d'être mise en œuvre au Canada, elle doit être adaptée, mise à l'épreuve et évaluée en fonction du contexte, tant du point de vue des résultats que du processus.

Introduction

Offrir des interventions de santé publique fondées sur des données probantes et destinées à favoriser la santé et à prévenir les problèmes de santé et les problèmes sociaux est un projet qui nécessite un processus complexe englobant l'élaboration, la mise à l'épreuve et l'évaluation des interventions et des programmes prometteurs. Cet article vise à décrire le processus à plusieurs étapes amorcé au Canada pour adapter, mettre à l'épreuve et évaluer le programme de visites à domicile Nurse-Family Partnership (NFP). Ce programme en santé publique s'est révélé efficace aux États-Unis pour améliorer l'issue des grossesses, la santé et le développement des enfants ainsi que l'autonomie économique des nouvelles mères défavorisées sur le

Rattachement des auteurs :

1. École de soins infirmiers, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
2. Centre d'études de l'enfance Offord, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
3. Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
4. Centre des politiques sur la santé des enfants, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
5. Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
6. Département de pédiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Susan Jack, HSC 2J32, 1280 Main Street West, École de soins infirmiers, Université McMaster, Hamilton (Ontario), L8S 4K1; tél. : 905-525-9140, poste 26383; courriel : jacksm@mcmaster.ca

plan socioéconomique et de leurs enfants. Cependant, l'efficacité de ce programme n'a pas encore été vérifiée dans le contexte de la santé publique et des services sociaux du Canada. La mesure et l'amélioration des principaux résultats en santé mentale, en particulier la prévention de la violence et de la négligence envers les enfants, est l'un des aspects les plus importants de l'évaluation et de la mise en œuvre du NFP au Canada.

Malgré les efforts déployés pour la freiner, la violence envers les enfants, qui englobe toutes les formes de maltraitance et de négligence, reste un problème de santé publique majeur au Canada. Selon une enquête nationale récente, environ le tiers des Canadiens et Canadiennes ont vécu une ou plusieurs formes de violence durant leur enfance[1]. Afifi et ses collaborateurs[1] ont aussi signalé l'existence d'une relation dose-réponse entre, d'une part, l'exposition à la violence en tant qu'enfant qui la subit et, d'autre part, l'apparition de troubles de santé mentale.

Les visites à domicile sont encouragées depuis plus de 30 ans pour prévenir la maltraitance et la négligence envers les enfants. Durant les années 1980, à la lumière des résultats de l'essai pilote du programme Hawaii Healthy Start[2], les visites à domicile effectuées par des paraprofessionnels se sont largement répandues au Canada et aux États-Unis : elles étaient considérées comme le principal moyen de prévenir la violence envers les enfants. Toutefois, au cours des deux décennies suivantes, le recours croissant à des méthodes rigoureuses d'évaluation des résultats a clairement montré que les programmes de visite à domicile n'étaient pas tous également efficaces en ce qui concerne la prévention de la violence envers les enfants et des problèmes connexes comme les blessures. Le NFP est celui qui a donné les meilleurs résultats en matière de prévention de la maltraitance et de la négligence envers les enfants, s'il on se fie aux cas déclarés par les services de protection de la jeunesse et aux problèmes connexes comme les blessures[3].

Le NFP est un programme destiné aux nouvelles mères défavorisées sur le plan socioéconomique. Il commence durant la grossesse et se poursuit jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Les trois essais contrôlés randomisés (ECR) américains ont montré que le NFP comporte de nombreux avantages pour la santé maternelle et infantile, notamment la prévention de la maltraitance et de la négligence envers les enfants[4]. Plus récemment, les résultats du suivi des ECR effectués à Memphis ont fait ressortir une réduction de la mortalité toutes causes confondues chez les mères ayant bénéficié de ces visites ainsi qu'une réduction de la mortalité infantile évitable chez les enfants une fois atteint l'âge de 20 ans[5]. En 2004, en se basant sur les données issues des trois ECR, le Washington State Institute for Public Policy a estimé le retour sur l'investissement pour la société à 17 000 $US par famille participant au NFP[6].

Méthodologie

À la lumière de ces résultats encourageants, des efforts visant à mettre en œuvre le NFP au Canada ont commencé il y a plus de 10 ans dans le but de prévenir la violence envers les enfants, d'améliorer leur santé mentale et leur développement et de faciliter la vie des nouvelles mères défavorisées. Cependant, les constatations positives faites aux États-Unis ne sont pas nécessairement reproductibles au Canada, compte tenu des différences politiques, socioéconomiques, démographiques et géographiques qui existent entre les deux pays. Par exemple, le Canada offre des programmes publics plus généreux, notamment en ce qui concerne les soins de santé, le soutien au revenu et les prestations pour enfants, et les mères à faible revenu y bénéficient d'une couverture de soins quasi universelle. C'est pourquoi le Dr David Olds, concepteur du programme, exige que le NFP, avant d'être mis en œuvre à l'extérieur des États-Unis, fasse l'objet de travaux visant à déterminer son efficacité dans le nouveau pays.

Olds et ses collaborateurs[7] sont déterminés à adapter le NFP pour des pays autres que les États-Unis pourvu que les résultats fassent l'objet d'une évaluation rigoureuse confirmant que le programme est bénéfique pour les mères défavorisées et leurs enfants. Le Centre de recherche sur la prévention de l'Université du Colorado à Denver exige des pays étrangers (autres que les États-Unis) mettant en œuvre le NFP qu'ils suivent le protocole en quatre étapes[8] présenté dans le tableau 1. Ce processus a par exemple été respecté lorsque le programme Family Nurse Partnership a été lancé et évalué en Angleterre : d'abord, une évaluation formative, qui visait à assurer la fidélité aux éléments de modèle, a permis de documenter la mise à l'épreuve de l'intervention dans 10 sites pilotes[9]. Cette étude a été suivie d'un ECR à grande échelle ayant pour but de déterminer l'efficacité globale du programme et dont les résultats sont attendus en 2015. Aux Pays-Bas, où le NFP a été rebaptisé VoorZorg, des mesures semblables ont été prises pour traduire et adapter les lignes directrices américaines en fonction du contexte local. Elles ont été suivies d'une étude pilote sur l'intégrité du traitement et sur la faisabilité du programme dans le pays[10]. Une fois ces travaux terminés, on a réalisé un ECR dont les résultats ont confirmé l'efficacité supérieure du NFP dans la réduction de la violence conjugale chez les mères visitées à domicile, comparativement aux soins habituels[11].

Le tableau 2 présente la chronologie de toutes les activités liées à l'adaptation, à la mise à l'épreuve et à l'évaluation du NFP au Canada.

TABLEAU 1
Protocole de reproduction et d'évaluation du Nurse-Family Partnership à l'échelle internationale

1. **Adapter le NFP en fonction des contextes et des populations à l'échelle locale tout en assurant la fidélité aux éléments de modèle du NFP.**
2. **Assurer la faisabilité et l'acceptabilité du programme adapté dans une étude pilote de faible envergure.**
3. **Évaluer le programme adapté dans un ECR à grande échelle.**
4. **Diffuser le programme adapté dans la société visée si l'évaluation révèle des résultats positifs significatifs.**

Abréviations : ECR, essai contrôlé randomisé; NFP, Nurse-Family Partnership.

TABLEAU 2
Chronologie des activités liées à l'adaptation, à la mise à l'épreuve et à l'évaluation du Nurse-Family Partnership au Canada

Années	Élément de l'évaluation	Lieu	Activités
2008 à 2011	Phase 1: adaptation	Ont.	Adaptation des lignes directrices du NFP en fonction des normes de données probantes du Canada et des dernières mises à jour
2008 à 2012	Phase 2, étape 1 : étude de faisabilité	Ont.	Essai pilote des méthodes de recrutement et de rétention des clientes, ainsi que des méthodes de collecte des données cliniques et des données recueillies lors des entrevues avec les participants
2008 à 2012	Phase 2, étape 2 : étude d'acceptabilité	Ont.	Étude de cas qualitative visant à analyser la réception (acceptabilité) du NFP par les clientes, leur famille, les ISP et les intervenants communautaires
2011 à ce jour	Phase 3, étape 1 : préparation de l'ECR – adaptation (version 2.0)	Ont. et C.-B.	Mise à jour et révision des lignes directrices canadiennes concernant le NFP en fonction des commentaires fournis par les ISP de Hamilton et les représentants de la profession infirmière de la C.-B.; amélioration du programme par l'intégration de la violence conjugale et des modules d'éducation DANCE, des éléments facilitant l'application des lignes directrices et des directives à l'intention du personnel infirmier
2011 à 2014	Phase 3, étape 2 : préparation de l'ECR et de l'éducation des ISP et des superviseurs	C.-B.	Recrutement des ISP et des superviseurs; éducation du personnel infirmier; application du NFP aux clients « d'entraînement »
2013 à 2018	Phase 3 : ECR à grande échelle	C.-B.	Détermination des femmes enceintes admissibles à l'ECR du BCHCP visant à comparer le NFP aux services déjà en place sur le plan de la réduction des blessures chez les enfants (résultat principal)
2013 à 2018	Phase 3 : évaluation du processus	C.-B.	Consentement à la documentation du processus par un échantillon choisi à dessein de hauts fonctionnaires de la santé publique et par tous les ISP et les superviseurs participant au NFP en vue de la mise en œuvre et de l'application du programme
2014 à 2018	Phase 3 : étude Healthy Foundations	C.-B.	Sélection de 300 dyades mère-enfant, dont la participation vise à mesurer et déterminer l'effet du NFP sur les mécanismes biologiques susceptibles de témoigner de la relation entre les interventions effectuées et les effets sur le comportements des enfants

Abréviations : BCHCP, British Columbia Healthy Connections Project; C.-B., Colombie-Britannique; DANCE, Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver-child Experiences; ECR, essai contrôlé randomisé; ISP, infirmières et infirmiers en santé publique; NFP, Nurse-Family Partnership; Ont., Ontario.

Résultats

Adaptation du Nurse-Family Partnership en vue de son utilisation au Canada

La première étape stratégique de l'introduction du NFP au Canada a été l'établissement d'un partenariat entre les chercheurs de l'Université McMaster à Hamilton (Ontario) et les principaux responsables des Services de santé publique de la ville. Cette ville était le lieu idéal pour un essai pilote du NFP compte tenu du grand appui de la collectivité à l'endroit du programme, de la présence d'une unité de santé publique offrant des programmes fondés sur des données probantes solides et du partenariat en cours avec un groupe de recherche de l'Université McMaster ayant des connaissances spécialisées sur les évaluations d'interventions en matière de maltraitance envers les enfants et de violence conjugale. Il a été déterminé que le déploiement du NFP serait assuré conjointement par les organismes de santé publique et les infirmières et infirmiers en santé publique (ISP), car les ISP ont déjà l'habitude de faire des visites à domicile auprès des familles vulnérables durant la période périnatale. Dans la plupart des provinces et des territoires du Canada, les ISP détiennent un baccalauréat en soins infirmiers, respectant du même coup l'un des éléments du modèle d'intervention du NFP. Il a fallu nommer un responsable de programme à l'échelle de l'unité de santé publique locale pour permettre la réaffectation d'une partie du financement provincial accordé aux visites à domicile vers le lancement et la mise à l'épreuve de ce programme[12].

L'adaptation canadienne de la documentation du NFP – les lignes directrices relatives aux visites (recommandations destinées à orienter chacune des visites), les directives à l'intention du personnel infirmier, les feuilles de travail sur les clients et les autres ressources nécessaires durant les visites à domicile – se fait dans le cadre d'un projet de collaboration entre les responsables de la gestion de la santé publique, les ISP de première ligne – qui fournissent des comptes rendus relatant leurs expériences cliniques avec le NFP – et les chercheurs en soins infirmiers (SJ, DS) qui intègrent les connaissances sur la pratique clinique du personnel infirmier avec les pratiques exemplaires et les données de recherche existantes. À ce jour, la documentation américaine a été adaptée sur les points suivants :

1) intégration des normes de pratique et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires du Canada concernant des sujets comme les calendriers d'immunisation, la consommation d'aliments et de nutriments et la prévention des blessures,
2) amélioration de la documentation pour répondre à des besoins ou à des priorités établis à l'échelle locale, par exemple pour se conformer aux recommandations en faveur de l'allaitement de l'Initiative Amis des bébés[13],
3) intégration des innovations du NFP, notamment une intervention pour cerner les cas de violence conjugale et y répondre[14],
4) mise au point d'un outil pour observer les interactions parent-enfant, en l'occurrence le Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver-child Experiences (DANCE)[15].

Il est conseillé aux ISP travaillant à l'élaboration de lignes directrices destinées

aux provinces d'utiliser toute ligne directrice locale ou provinciale qui diffère des lignes directrices canadiennes. À l'étape de l'adaptation, une grande attention a été accordée au respect des exigences en matière de présentation, à savoir :

1) conformité avec la *Loi de 2005 sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario*[16],
2) conversion des unités impériales en unités métriques,
3) intégration ou substitution de diagrammes pour renforcer les principes de l'Initiative Amis des bébés ou prendre en compte la diversité des clients canadiens,
4) inclusion dans chaque document d'une indication écrite que les adaptations ont été réalisées avec l'autorisation du Bureau national des services du NFP.

Avant d'être utilisés sur le terrain, tous les documents adaptés ont été soumis au Centre de recherche sur la prévention de l'Université du Colorado à Denver pour examen, commentaires et approbation.

Évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité du NFP au Canada

L'étude de faisabilité visait à évaluer 1) si les femmes enceintes répondant aux critères d'admissibilité au NFP pouvaient être orientées vers le programme et bénéficier de celui-ci, 2) si le programme pouvait être offert par un organisme de santé publique d'une manière fidèle aux 18 éléments de modèle du NFP[17], 3) si des données sur le programme pouvaient être colligées par l'organisme responsable de la mise en œuvre et 4) si les données sur les résultats chez les clientes pouvaient être collectées par le groupe de recherche. Pour atteindre ces objectifs, Jack et ses collaborateurs ont réalisé de 2008 à 2012 une étude pilote à Hamilton faisant appel à des méthodes mixtes[18]. Au cours de cette période, ils ont vérifié l'admissibilité au NFP de 424 femmes orientées vers des soins prénataux à l'Unité de santé publique de Hamilton. Les critères d'admissibilité étaient les suivants : être jeune (21 ans ou moins), avoir un faible revenu, être orientée avant la fin de la 28e semaine de la grossesse et être en voie d'accoucher pour la première fois. Au total, 135 femmes enceintes ont été jugées admissibles au NFP (32 % de l'ensemble des orientations vers les soins prénataux) et 108 (80 %) d'entre elles ont consenti à participer à l'étude pilote. De plus amples détails sur la méthodologie de l'étude pilote sont fournis ailleurs[18].

Cinq des 108 participantes ont refusé tout contact ultérieur avec le groupe de recherche et l'une a été perdue de vue avant l'entrevue initiale. Des 102 femmes restantes, 71 ont terminé l'entrevue finale au moment des 2 ans de leur enfant. La plupart (87 %) des femmes se sont jointes au programme lors de la 25e semaine de leur grossesse ou plus tôt (la norme internationale est de 60 %, ce qui correspond à 16 semaines de grossesse) et 77 % des participantes étaient âgées de 16 à 19 ans.

Les résultats de l'étude pilote ont montré qu'il était faisable :

- d'offrir le programme NFP par l'entremise des unités de santé publique,
- d'assurer la prestation de l'intervention par les ISP,
- de recevoir des orientations appropriées des partenaires communautaires,
- de recruter les participantes admissibles,
- de visiter à domicile la population cible constituée des jeunes nouvelles mères à faible revenu.

Des données détaillées sur le programme NFP ont aussi été tirées des formulaires d'évaluation du personnel infirmier dans lesquels sont notés systématiquement l'état de santé et les comportements liés à la santé de chaque mère, l'état de santé et le développement de l'enfant ainsi que le recours à d'autres services de santé et services communautaires. Un processus permettant au groupe de recherche de collecter des données sur les résultats chez les clients a aussi été mis en œuvre.

Outre l'évaluation de la faisabilité de la prestation du programme, Jack et ses collaborateurs ont aussi mené une étude de cas qualitative sur la réception du NFP par les familles de Hamilton[18]. Dans les recherches sur les interventions, les études d'acceptabilité constituent un important complément aux études de faisabilité classiques. La détermination de l'acceptabilité d'une intervention dans un nouveau contexte comporte deux avantages : 1) elle permet aux principales parties concernées de s'impliquer tôt dans le processus, ce qui peut faciliter le déploiement ultérieur de l'intervention et 2) elle fait ressortir les éléments de l'intervention qui pourraient devoir être davantage adaptés pour répondre aux besoins du public cible, des fournisseurs de soins et de la collectivité locale[19]. Une étude d'acceptabilité consiste essentiellement en un examen du contexte local destiné à définir si et comment l'intervention sera réalisée et reçue par le public cible. Elle permet aussi de déterminer si l'intervention correspond aux besoins du public cible et de la collectivité.

Avant d'ajouter une nouvelle intervention de santé publique au programme provincial de visites à domicile, il était important de vérifier la bonne réception du NFP par la collectivité ainsi que le degré de préparation au NFP. Le NFP différait considérablement du programme déjà en place de visites à domicile de l'Ontario sur quatre points : il ciblait les nouvelles mères défavorisées sur le plan socioéconomique, il était offert par des infirmières et infirmiers autorisés titulaires d'un baccalauréat et il prévoyait un nombre accru de visites à domicile, ces visites commençant plus tôt dans la grossesse.

À Hamilton, les mères défavorisées sur le plan socioéconomique ayant bénéficié des visites à domicile ont fait une réception positive au NFP comme intervention de santé publique précoce[20]. À l'échelle organisationnelle, cette intervention a créé un environnement où les ISP pouvaient administrer des soins infirmiers globaux et mettre en pratique toutes les compétences de leur champ d'exercice, établir des relations thérapeutiques profondes avec les clients et compter sur l'infrastructure, les ressources et le matériel nécessaires pour évaluer et aider les clientes confrontés à des problèmes de santé et à des problèmes sociaux complexes (troubles de santé mentale, toxicomanies, exposition à la violence, etc.)[20]. Les professionnels de la collectivité qui étaient responsables de l'orientation des femmes vers le programme ont déclaré que le NFP venait combler une lacune importante dans la prestation de services de santé aux familles les plus vulnérables[18].

Éléments du modèle canadien du Nurse-Family Partnership

Le modèle canadien du NFP est fondé sur des constatations tirées de l'étude de cas de Jack et de ses collaborateurs[18] de même que sur les exigences du Centre de recherche sur la prévention de l'Université du Colorado à Denver et du Bureau national des services du NFP. Les résultats de l'étude de cas menée à Hamilton ont orienté :

1) l'élaboration des lignes directrices canadiennes relatives aux visites, en particulier les directives et les formulaires utilisés pour documenter les pratiques infirmières,
2) la recommandation en faveur de la prestation du NFP par les organismes de santé publique et les ISP,
3) les recommandations en faveur de l'embauche et de la dotation, qui concernent aussi la charge de travail,
4) l'aspect progressif de la mise en œuvre, c'est-à-dire l'attribution initiale aux infirmières et infirmiers d'un petit nombre de clients « d'entraînement » avec lesquels travailler à mesure qu'ils suivent les formations exigées par le NFP.

Le tableau 3 contient un résumé des éléments du modèle canadien du NFP.

Préparation en vue de l'évaluation à grande échelle du NFP au Canada

La préparation et la réalisation d'une étude à grande échelle visant à évaluer l'efficacité du NFP au Canada nécessitent un niveau important de financement, d'expertise de recherche et d'engagement communautaire.

TABLEAU 3
Éléments du modèle canadien du Nurse-Family Partnership

Éléments	Modèle canadien du Nurse-Family Partnership
Objectifs principaux	Améliorer l'issue des grossesses Améliorer la santé et le développement des enfants Améliorer l'autonomie économique des parents
Critères d'admissibilité	Être mère pour la première fois (nouvelle mère) Avoir moins de 25 ans[a] Parler anglais Répondre aux critères du statut socioéconomique défavorisé
Orientation	Idéalement pas plus tard que la 16e semaine de grossesse; la première visite à domicile doit avoir lieu avant la 29e semaine de grossesse
Professionnels effectuant les visites à domicile	Infirmières et infirmiers en santé publique (ISP)
Fréquence des visites à domicile	Avant l'accouchement : toutes les semaines pendant 4 semaines, puis toutes les 2 semaines par la suite (environ 14 visites) Nouveau-nés : toutes les semaines pendant 6 semaines, puis toutes les 2 semaines par la suite (28 visites) Nourrissons : toutes les 2 semaines jusqu'à l'âge de 21 mois, puis tous les mois pendant 3 mois (22 visites) Remarque : ce calendrier peut être adapté en fonction des besoins individuels de chaque participante
Théories utilisées	« Écologie humaine », attachement, auto-efficacité
Structure des visites	Accent sur l'établissement d'une relation thérapeutique à l'aide des éléments suivants : • 5 principes axés sur le client (le client est l'expert de sa vie; respect des désirs profonds du client; seul un petit changement est nécessaire; accent sur les points forts; accent sur les solutions) • 6 thèmes (santé personnelle; parcours de vie; rôle maternel; famille et amis; santé environnementale; services de santé et services sociaux) • entretiens motivationnels • établissement d'objectifs • lignes directrices relatives aux visites (recommandations destinées à orienter chacune des visites) • distribution de ressources aux clients (éléments facilitants) • collecte de données
Utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation	Calendrier standard des évaluations. Outils utilisés : • Dyadic Assessment of Naturalistic Caregiver-child Experiences (DANCE) • Questionnaire sur les étapes du développement (« Ages and Stages ») • Partners in Parenting Education (PIPE) • Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, violence conjugale • Outils propres au NFP
Formation	Formation de base complète sur le NFP par une combinaison de méthodes : autoformation, apprentissage en groupe, séminaires Web, en personne Environ 20 jours pour les ISP et 5,5 jours de plus pour les superviseurs
Charge de travail	Maximum de 20 clients par ISP à temps plein
Supervision clinique	Approche structurée de la supervision clinique et réflexive, dont des consultations hebdomadaires concernant des cas individuels et des observations faites lors de visites à domicile. Le ratio maximum de superviseurs-ISP est de 1:8 dans le cadre du NFP.

Abréviations : BCHCP, British Columbia Healthy Connections Project; ISP, infirmières et infirmiers en santé publique; NFP, Nurse-Family Partnership.

[a] Pour atteindre une puissance statistique permettant d'estimer les différences entre les programmes sur le plan du résultat principal (nombre de blessures chez les enfants), les critères du BCHCP ont été élargis de manière à inclure les femmes de moins de 25 ans (et non de moins de 21 ans comme à Hamilton) présentant des facteurs de statut socioéconomique défavorisé associés à un risque accru de blessures chez les enfants.

Les efforts déployés pour étendre l'étude menée à Hamilton au reste de l'Ontario n'ont pas porté fruit[12]. En 2010, la Colombie-Britannique a publié *Healthy Minds, Healthy People: A Ten-Year Plan to Address Mental Health and Substance Use*[21], un plan préconisant une intervention axée sur des visites au domicile des nouvelles mères défavorisées et de leurs enfants par des infirmières et infirmiers. Les visites au domicile des femmes enceintes les plus vulnérables par du personnel infirmier sont aussi citées comme une approche prometteuse pour améliorer la capacité des systèmes de santé dans le document *B.C.'s Guiding Framework for Public Health*[22].

Dans le cadre de leur plan de dix ans sur la santé mentale[21], le ministère de la Santé et le ministère du Développement des enfants et de la Famille de la Colombie-Britannique ont conjointement invité le Centre des politiques sur la santé des enfants de la Faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser à explorer comment évaluer le NFP en Colombie-Britannique en collaboration avec les responsables de l'étude pilote sur le NFP de l'Université McMaster. Les deux ministères ont aussi mis sur pied un comité consultatif provincial constitué de hauts fonctionnaires des autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, des secteurs de prestation de services du ministère du Développement des enfants et de la Famille, des organisations autochtones et d'autres organismes tels que l'Agence de la santé publique du Canada. Les réunions de ce comité ont permis d'échanger de l'information sur le NFP et, dans le cas des ministères de la Santé et du Développement des enfants et de la Famille, de dégager des consensus provinciaux quant aux modalités de l'évaluation du NFP.

Le B.C. Healthy Connections Project (BCHCP), qui bénéficie du financement du ministère de la Santé et de l'appui du ministère du Développement des enfants et de la Famille, a été lancé officiellement en 2012 en étroite collaboration avec cinq autorités sanitaires participantes (Fraser Health, Vancouver Coastal Health, Interior Health, Northern Health et Island Health). Le BCHCP réunit maintenant trois études primaires : un ECR visant à évaluer l'impact du NFP sur les résultats de santé et les résultats sociaux (notamment la santé mentale et le développement durant la petite enfance et le parcours de vie de la mère), une évaluation du processus visant à décrire la mise en œuvre et la prestation du NFP et enfin l'étude Healthy Foundations, qui portait sur l'impact du NFP sur la physiologie et le fonctionnement des nourrissons. Ces études ont débuté en octobre 2013 et devraient se poursuivre jusqu'en 2016. La collecte de données continuera jusqu'à ce que les enfants participants atteignent l'âge de 2 ans.

Essai contrôlé randomisé du BCHCP : évaluation de l'efficacité du NFP

Le BCHCP comprend un ECR visant à évaluer l'efficacité du NFP dans cinq sphères : grossesse, naissance, santé et développement durant la petite enfance et enfin parcours de vie de la mère. L'impact concret du NFP sur les mères et les enfants ainsi que les facteurs de risque et de protection connexes seront évalués à l'égard de ces cinq sphères. Le NFP sera comparé aux services de santé et aux services sociaux déjà offerts en Colombie-Britannique (« services déjà en place ») du début de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant. Comme le préconise un rapport récent sur l'utilisation des ECR dans l'élaboration des politiques publiques, la réalisation d'un essai pour déterminer l'efficacité du NFP en Colombie-Britannique devra garantir que le groupe bénéficiant du NFP et le groupe bénéficiant des services déjà en place seront appariés aussi étroitement que possible[23]. L'évaluation du NFP à l'aide d'un ECR permet de mieux contrôler les facteurs externes qui pourraient influer sur les observations. La méthodologie de l'ECR du BCHCP est brièvement décrite plus loin.

Les femmes admissibles à l'ECR du BCHCP sont de nouvelles mères défavorisées sur le plan socioéconomique (p. ex. à faible niveau de scolarité, à faible revenu, monoparentales) âgées de moins de 25 ans. La taille de la population souhaitée est de 1 000 femmes, qui seront réparties aléatoirement entre un groupe bénéficiant du NFP et un groupe bénéficiant des services déjà en place. Les données seront collectées au départ, lors d'entrevues et par l'établissement de liens avec des données administratives sur la santé, puis à des intervalles réguliers jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant. Les femmes classées dans le groupe « d'intervention » bénéficieront du NFP *et* pourront recevoir des services déjà en place dans leur autorité sanitaire alors que les femmes du groupe « de comparaison » seront limitées aux services déjà en place. Les services déjà en place, qui varient d'un endroit à l'autre dans la province, sont constitués des soins de santé primaires standard, des programmes de santé publique (cours prénataux, programmes de soutien à la grossesse et visites à domicile par des infirmières et infirmiers ne participant pas au NFP) et une variété de programmes généraux et ciblés d'éducation parentale et de développement sain des jeunes enfants.

Le BCHCP produira aussi des données détaillées permettant d'évaluer les services déjà en place en Colombie-Britannique. L'utilisation des services sera mesurée au sein d'un large éventail de secteurs de la santé et de secteurs sociaux durant les deux premières années de vie de l'enfant : soins de santé primaires dispensés aux mères et aux enfants, programmes de soins infirmiers périnataux standard, programmes d'éducation des parents, programmes de développement sain des jeunes enfants, visites de l'enfant aux urgences, hospitalisations de l'enfant, enquêtes des services de protection de l'enfance, placements dans une famille d'accueil, démêlés de la mère avec le système de justice pénale, soutien au revenu familial, etc. Les données relatives à l'utilisation des services seront aussi collectées lors des entrevues menées dans le cadre du BCHCP et par l'établissement de liens avec des données administratives sur la santé. Certaines données détaillées sur le programme NFP seront tirées des formulaires d'évaluation du personnel infirmier. Les articles à venir offriront une analyse approfondie du recours aux services déjà en place et le NFP en Colombie-Britannique.

À la lumière des données issues de l'ECR réalisé aux États-Unis, nous avons avancé l'hypothèse que le résultat principal du NFP sera la réduction du nombre de blessures des enfants entre la naissance et l'âge de 2 ans. Les résultats secondaires seront :

- la réduction de la consommation d'alcool et de drogues par la mère durant la grossesse,
- l'amélioration du développement langagier et cognitif de l'enfant à l'âge de 2 ans,

- l'amélioration du comportement de l'enfant à l'âge de 2 ans,
- l'amélioration du parcours de vie de la mère 2 ans après l'accouchement (p. ex. nombre de grossesses subséquentes).

Nous évaluerons également les facteurs de risque et de protection connexes (p. ex. santé physique de l'enfant, santé mentale de la mère, rôle parental, statut socio-économique, exposition à de la violence conjugale). Nous préparons actuellement une évaluation de l'impact à long terme du NFP tout au long de l'enfance ainsi que pendant l'adolescence. Les données sur le recours aux services permettront de réaliser une évaluation économique. Pour faire état de l'utilisation des services d'un point de vue sociétal plus global, nous recueillerons aussi des données sur les services non utilisés et les motifs de cette absence d'utilisation. Des responsables de l'élaboration des politiques participeront à chaque étape de l'évaluation. Nous avons pour objectif commun d'améliorer la vie des enfants de la Colombie-Britannique dès leur plus jeune âge.

Évaluation du processus dans le cadre du BCHCP

Le NFP est offert dans cinq autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, chacune différente par sa géographie, par les caractéristiques de sa population et par la culture des partenariats et des collaborations mis à contribution pour appuyer le NFP à l'échelle communautaire. Ce degré de complexité pose des difficultés pour l'évaluation de l'efficacité des interventions et de l'influence potentielle des mécanismes causaux des interventions sur les résultats escomptés[24]. Outre leur utilisation pour mesurer les résultats d'essais, les évaluations de processus sont de plus en plus combinées avec des ECR pour analyser en profondeur des interventions complexes. Cette évaluation du processus aidera à définir les facteurs favorables et défavorables au succès du NFP dans un large éventail de collectivités. Les chercheurs exploreront aussi des méthodes aptes à surmonter les obstacles recensés à la mise en œuvre et à la prestation du programme.

L'évaluation du processus dans le cadre du BCHCP vise avant tout à déterminer et à comparer, dans les cinq autorités sanitaires participantes de la Colombie-Britannique :

- comment le NFP est mis en œuvre,
- si l'intervention est fidèle aux éléments de modèle du NFP,
- la dose de l'intervention fournie et reçue,
- les problèmes de recrutement des clientes et de maintien en poste des ISP,
- les facteurs contextuels au niveau de la cliente, du fournisseur de soins, de l'organisme et de la collectivité qui influent sur la mise en œuvre et la prestation (dont une comparaison entre les contextes urbains et ruraux),
- comment les ISP définissent et règlent les problèmes liés à la prise en charge par les services d'aide à l'enfance, à la violence conjugale et aux troubles de santé mentale (incluant les toxicomanies).

Les chercheurs feront l'évaluation du processus selon un plan de recherche utilisant des méthodes mixtes convergentes et parallèles[25].

Tous les infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique et leurs superviseurs participant à la prestation du NFP dans l'exercice de leurs responsabilités de santé publique seront invités à participer à l'étude. Dans chaque autorité sanitaire, on choisira un échantillon de 10 à 15 gestionnaires et directeurs de la santé publique responsables du BCHCP ou du NFP. Des données seront collectées à intervalles réguliers entre 2013 et 2018 pour documenter le processus de mise en œuvre dans chaque autorité sanitaire. Tous les infirmières et infirmiers et les superviseurs, de même que le coordonnateur provincial du NFP, prendront part à une entrevue en profondeur (ou à un groupe de discussion) tous les six mois et les gestionnaires de la santé publique participeront à une entrevue détaillée tous les ans. Les superviseurs devront remplir tous les mois les documents requis (notamment les sommaires des rencontres de supervision réflexives entre les superviseurs et les ISP, des réunions d'équipe et des conférences de cas) et les données seront rassemblées tous les 6 mois. Les données sur la fidélité au NFP fournies par le ministère de la Santé seront recueillies tous les 3 mois. La collecte des données quantitatives et qualitatives permettra de combiner les points forts des deux méthodes de recherche et de comparer, corroborer et expliquer les résultats et les écarts observés dans les cinq autorités sanitaires.

Étude Healthy Foundations

Nous souhaitions, en plus d'évaluer l'efficacité du NFP et le déroulement de sa mise en œuvre, examiner les mécanismes biologiques susceptibles de témoigner de la relation entre les interventions effectuées et les effets sur le comportement des enfants. Il a été démontré que les expériences négatives durant l'enfance comme la violence et la pauvreté ont des conséquences durables sur la santé cognitive, mentale et physique[26,27]. Des axes de recherche parallèles chez l'humain et l'animal ont montré que des conditions de vie difficiles en bas âge perturbent de façon durable l'organisme, notamment en altérant le système de réponse au stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien)[28,29] et le fonctionnement du système immunitaire[30,31], ce qui affecte le développement et la santé du cerveau. De nouvelles données indiquent que ces expériences peuvent laisser, au niveau moléculaire et génomique, une « empreinte biologique » qui détermine la vulnérabilité plus tard au cours de la vie[27]. Ces expériences mènent à des trajectoires développementales qui sont difficiles à modifier ultérieurement[32]. À notre connaissance, aucune étude longitudinale n'a encore porté sur l'incidence des interventions préventives sur les caractéristiques biologiques des mères et de leurs enfants et aucune étude n'a examiné si ces interventions pouvaient désamorcer le conditionnement biologique des maladies.

En juillet 2013, nous avons reçu du financement pour intégrer au BCHCP une sous-étude, l'étude Healthy Foundations, comprenant 300 dyades (150 personnes dans le groupe d'intervention et 150 dans le groupe de comparaison) et visant trois objectifs principaux : 1) déterminer si le NFP a un effet sur la physiologie des nourrissons, mesuré par le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et les marqueurs épigénétiques, 2) examiner si le NFP a un impact sur les taux de cortisol pendant la grossesse et si ceux-ci sont associés à des

altérations de la physiologie du stress, de la fonction immunitaire et de la méthylation de l'ADN chez le nourrisson et 3) examiner si les altérations des marqueurs biologiques permettent d'expliquer l'impact du NFP sur les résultats liés au développement de l'enfant à 2 ans. Nous prélèverons des échantillons biologiques auprès des sujets des deux groupes d'étude (NFP et services déjà en place), des mères (cheveux) comme des nourrissons (salive) pour mesurer les niveaux de stress et la fonction immunitaire. Des prélèvements buccaux seront faits sur les nourrissons en vue d'examiner les marqueurs influant sur l'expression génique. Une meilleure compréhension des aspects biologiques des expériences négatives en bas âge et des moyens d'annuler leurs répercussions négatives (à l'aide du NFP) fournira un cadre solide qui orientera la recherche fondamentale et appliquée, les pratiques et les politiques.

Analyse

Le NFP est un programme très prometteur pour influencer les déterminants de la santé des nourrissons – comportements prénataux, rôle parental et violence – qui ont une incidence sur la santé mentale et l'apprentissage durant la petite enfance et plus tard au cours de la vie. Bien que de nombreux organismes de santé publique soient prêts à mettre en œuvre le NFP, cette intervention de santé publique n'a jamais été mise à l'épreuve au Canada. On ne sait donc pas s'il est possible de reproduire – et approfondir – les résultats des essais menés aux États-Unis.

Le recours à une approche systématique pour adapter la documentation américaine du NFP et étudier la faisabilité et l'acceptabilité de cette intervention de santé publique a ouvert la voie à une évaluation de son efficacité. Le BCHCP est prépare l'évaluation et l'adaptation du NFP en vue de son utilisation à long terme en Colombie-Britannique. Ces travaux pourraient être utilisés pour mettre en œuvre le NFP ailleurs au Canada. Les conclusions de l'évaluation du processus orienteront les adaptations ultérieures des lignes directrices et de l'éducation de base du personnel infirmier sur le NFP au Canada.

Le BCHCP contribuera aussi à enrichir le corpus de données du NFP par l'inclusion des données de l'étude Healthy Foundations. Les observations de l'évaluation du processus vont influencer notre compréhension des mesures à prendre pour adapter le modèle de prestation de services en fonction des besoins des familles vivant dans des collectivités rurales et éloignées. Cela dit, l'élément le plus caractéristique du BCHCP est qu'il est déjà intégré dans le système de santé de la Colombie-Britannique, sous forme de collaboration étroite avec les responsables des politiques touchant la santé des enfants du ministère de la Santé, du ministère du Développement des enfants et de la Famille et de cinq autorités sanitaires. Il permet du même coup d'évaluer l'efficacité du NFP en situation réelle et d'influencer positivement les soins reçus par les mères et leurs enfants. Par exemple, les partenaires stratégiques du BCHCP se sont déjà engagés à adopter le NFP comme programme permanent de soins de santé maternelle et infantile en Colombie-Britannique si l'ECR s'avère positif.

Conclusion

En 2004, le Centre de recherche sur la prévention de l'Université du Colorado à Denver dirigé par le D[r] Olds a commencé à répondre aux demandes des chercheurs et des responsables des politiques hors États-Unis qui étaient intéressés à mettre en œuvre le NFP dans leur pays. Le Centre de recherche sur la prévention a établi un processus en quatre étapes (tableau 1) pour aider les partenaires étrangers à adapter et à mettre à l'épreuve le NFP dans leur société tout en assurant la fidélité aux éléments fondamentaux du modèle du programme. À la lumière des derniers développements dans la recherche sur la prévention, nous recommandons au Centre de recherche d'ajouter aux obligations des sites étrangers la tenue d'une évaluation du processus menée conjointement avec l'ECR déjà exigé.

À l'heure actuelle, tous les ECR effectués hors des États-Unis le sont de façon indépendante. Il n'existe pas de mécanisme officiel qui permettrait aux chercheurs internationaux sur le NFP de collaborer ou de se consulter. Étant donné la variété des contextes dans lesquels se fait l'évaluation de cette intervention de santé publique, il est impératif d'établir un mécanisme de collaboration internationale sur divers éléments du programme. Des mesures ont maintenant été prises pour permettre aux pays travaillant à la mise en œuvre du NFP de se réunir et de résoudre leurs problèmes communs, notamment la création d'un comité consultatif clinique et d'un réseau de chefs de file cliniques. Récemment, un petit groupe international a été formé pour garantir la qualité de la mise en œuvre du NFP dans de nouveaux pays et sociétés. En octobre 2014, la première réunion des représentants (responsables de l'éducation et de la mise en œuvre) de sept sociétés faisant des travaux sur le NFP (Australie, Angleterre, Canada, Écosse, États-Unis, Irlande du Nord, Pays-Bas) a eu lieu à Denver. Cette réunion visait à examiner et à approfondir le NFP à propos des principes et des théories concernant l'éducation, des compétences infirmières ainsi que du contenu et des processus essentiels (ou facultatifs) destinés à orienter et favoriser la mise sur pied d'un réseau d'éducation sur le NFP. Une séance préliminaire a porté sur le processus d'élaboration et de mise en œuvre des innovations comme le DANCE et sur une intervention ayant pour but de réduire la violence conjugale. Ces deux éléments font partie de l'intervention de base dans le cadre du NFP à l'étude en Colombie-Britannique. On espère et on croit que, au fil de l'avancement de la mise en œuvre du NFP à l'échelle mondiale, les chercheurs sur le NFP de partout dans le monde uniront leurs efforts pour établir un réseau de collaboration.

En Colombie-Britannique, nous sommes en train de préparer le suivi de notre échantillon de 1 000 enfants pendant 10 ans ou plus, soit jusqu'au milieu de l'enfance et à l'adolescence. Cela nous permettra d'évaluer en profondeur l'impact potentiel du NFP sur plusieurs résultats de santé chez les enfants et résultats de santé publique : la prévention des troubles de santé mentale les plus courants (notamment l'anxiété, la dépression, les troubles du comportement et les toxicomanies), l'amélioration des résultats scolaires et la réduction de la violence et de ses conséquences. Le suivi à long terme ouvre aussi la voie à une première

évaluation économique détaillée du NFP au Canada. Enfin, et peut-être surtout, nous souhaitons utiliser le BCHCP pour soutenir et diffuser l'approche axée sur l'enfant qui a été adoptée par le système de santé publique de la Colombie-Britannique, de manière à l'étendre aux autres provinces et à collaborer avec les partenaires internationaux qui ont les mêmes objectifs que nous en ce qui concerne la santé des enfants.

Remerciements

Les membres du groupe scientifique du BCHCP sont : Ronald G. Barr, M.A. MDCM, FRCPC (Université de la Colombie-Britannique); Michael Boyle, Ph. D. (Université McMaster); Amiram Gafni, D. Sc. (Université McMaster); Kaitlyn Hougham, M. Sc. (Université Simon Fraser); Lenora Marcellus, IA, Ph. D. (Université de Victoria); Lawrence McCandless, Ph. D. (Université Simon Fraser); Cody Shepherd, B.A. (Hon.) (Université Simon Fraser); Lil Tonmyr, Ph. D. (Agence de la santé publique du Canada); Natasha Van Borek, M. Sc. SPP (Université McMaster) et Colleen Varcoe, IA, Ph. D. (Université de la Colombie-Britannique). L'Agence de la santé publique du Canada a accordé des fonds pour l'adaptation de la documentation du NFP. Les Services de santé publique de la Ville de Hamilton ont financé les études de faisabilité et d'acceptabilité en collaboration avec deux organismes de protection de l'enfance (la Société catholique d'aide à l'enfance de Hamilton et la Société d'aide à l'enfance de Hamilton), la Fondation communautaire de Hamilton, l'Hôpital pour enfants McMaster, le Secrétariat des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents. Le BCHCP est financé par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique avec l'aide du ministère du Développement des enfants et de la Famille et des autorités sanitaires Fraser Health, Interior Health, Island Health, Northern Health et Vancouver Coastal Health. D'autres fonds ont été fournis par la Fondation Djavad Mowafaghian. L'évaluation du processus menée dans le cadre du BCHCP a bénéficié d'un financement additionnel de la Section des blessures et de la violence envers les enfants du Centre de prévention des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada. L'étude Healthy Foundations a quant à elle été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Harriet MacMillan est appuyée par la Chaire Chedoke de recherche en psychiatrie. Charlotte Waddell est appuyée par la Chaire de recherche du Canada sur la politique en matière de santé des enfants.

Références

1. Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Taillieu T, Cheung K, Sareen J. Child abuse and mental disorders in Canada. CMAJ. 2014;186(9): E324-E332.

2. Duggan AK, McFarlane EC, Windham AM et collab. Evaluation of Hawaii's Healthy Start program. Future Child. 1999;9(1):66-90.

3. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. Lancet. 2009;373: 250-266.

4. Olds DL, Sadler S, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. J Child Psych Psychiatry. 2007;48:355-391.

5. Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality: results of a 2-decade follow-up of a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014;168(9):800-806.

6. Aos S, Lieb R, Mayfield J, Miller M, Pennucci A. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia (WA): Washington State Institute for Public Policy; 2004.

7. Olds DL, Hill PL, O'Brien R, Racine D, Moritz P. Taking preventive intervention to scale: The Nurse-Family Partnership. Cogn Behav Pract. 2003;10:278-290.

8. Prevention Research Center for Family and Child Health. Nurse-Family Partnership international program [Internet]. Denver (CO): University of Colorado Denver; [consultation le 4 décembre 2014]. Consultable en ligne à la page http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschool/departments/pediatrics/research/programs/prc/research/international/Pages/international.aspx

9. Barnes J. From evidence-base to practice: implementation of the Nurse Family Partnership programme in England. J Child Serv. 2010;5:4-17.

10. Mejdoubi J, van den Heijkant S, Struijf E, van Leerdam F, HiraSing R, Crijnen A. Addressing risk factors for child abuse among high risk pregnant women: design of a randomised controlled trial of the nurse family partnership in Dutch preventive health care. BMC Public Health. 2011;11:823.

11. Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. PLoS ONE. 2013; 8(10):e78185.

12. Jack SM, MacMillan HL. Adaptation and evaluation of the Nurse-Family Partnership in Canada [Internet]: Early Childhood Matters. 2014 [consultation le 24 novembre 2014]: 43-46. Consultable en ligne à la page http://earlychildhoodmagazine.org/adaptation-and-evaluation-of-the-nurse-family-partnership-in-canada/

13. Pound CM, Unger SL. L'Initiative Amis des bébés : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement. Paediatr Child Health. 2012; 17(6):322-326.

14. Jack SM, Ford-Gilboe M, Wathen CN, et al. Development of a nurse home visitation intervention for intimate partner violence. BMC Health Serv Res. 2012;12:50.

15. Olds D, Donelan-McCall N, O'Brien R, et al. Improving the Nurse-Family Partnership in community practice. Pediatrics. 2013;132: S110-S117.

16. Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario. *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario* [Internet]. Toronto (Ont.) : Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario; 2014 [consultation le 24 novembre 2014]. Consultable en ligne à la page : http://www.ontario.ca/fr/lois/loi/05a11

17. Nurse-Family Partnership. Nurse-Family Partnership model elements [Internet] Denver (CO): Nurse-Family Partnership National Service Office [consultation le 24 novembre 2014]. Consultable en ligne à la page : http://www.nursefamilypartnership.org/communities/model-elements.

18. Jack SM, Busser LD, Sheehan D, Gonzalez A, Zwygers EJ, MacMillan HL. Adaptation and implementation of the Nurse–Family Partnership in Canada. Can J Public Health. 2012;103(Suppl 1)S42-S48.

19. Ayala GX, Elder JP. Qualitative methods to ensure acceptability of behavioral and social interventions to the target population. J Public Health Dent. 2011;71(01): S69-S79.

20. Landy CK, Jack SM, Wahoush O, Sheehan D, MacMillan HL, NFP Hamilton Research Team. Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study. BMC Nurs. 2012;11:15.

21. British Columbia Ministry of Health and Ministry of Children and Family Development. Healthy minds, healthy people: a ten-year plan to address mental health and substance use in British Columbia. Victoria (BC): Government of British Columbia; 2010.

22. Promote, protect, prevent: our health begins here. B.C.'s guiding framework for public health [Internet]. Victoria (BC): Ministry of Health; 2013 [consultation le 24 novembre 2014]. Consultable en ligne à la page: http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/health-priorities/bc-s-guiding-framework-for-public-health

23. Haynes L, Service O, Goldacre G, Torgerson D. Test, learn, adapt: developing public policy with randomized controlled trials. London (UK): Cabinet Office Behavioural Insights Team; 2012.

24. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: new guidance. London (UK): Medical Research Council; 2008. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/

25. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research (2e éd.). Thousand Oaks (CA) : Sage Publications; 2011.

26. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et collabRelationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med.1998;14(4):245-258.

27. Shonkoff JP, Garner AS. The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129:e232-e246.

28. Gunnar MR, Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. Psychoneuroendocrinology. 2002; 27:199-220.

29. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. Psychol Bull. 2002;128(2):330-66.

30. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostatic, allostatic load, and age-related disease. Physiol Behav. 2012; 106(1):29-39.

31. Taylor SE, Karlamangla AS, Friedman EM, Seeman TE. Early environment affects neuroendocrine regulation in adulthood. Soc Cogn Affect Neurosci. 2011;6(2):244-251.

32. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. Proc Natl Acad Sci U S A. 2012;109(2):17302-17307.

Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant

S.-A. Li, M. Sc. (1, 2); S. M. Jack, Ph. D. (1, 2, 3); A. Gonzalez, Ph. D. (2, 4); E. Duku, Ph. D. (2, 4); H. L. MacMillan, M.D. (1, 2, 4, 5)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : On sait peu de choses sur ce que pensent les professionnels de la santé et des services sociaux des programmes à long terme de visites à domicile pour les nouvelles mères à faible revenu. Cette étude fait état des expériences et des points de vue de fournisseurs de services communautaires qui orientent les mères participant au Nurse-Family Partnership (NFP) – un programme de visites à domicile par une infirmière auprès de cette population cible – vers le programme lui-même ou qui interviennent directement dans le cadre de celui-ci.

Méthodologie : L'étude s'est déroulée en deux phases. La phase I a consisté en une analyse secondaire de données qualitatives issues d'un échantillon de 24 entrevues individuelles dirigées avec des fournisseurs de soins communautaires, cette démarche s'inscrivant dans le cadre d'une étude de cas plus vaste réalisée à Hamilton (Ontario, Canada) et destinée à examiner les moyens à mettre en œuvre pour accroître la recevabilité du NFP. La phase II, à laquelle ont pris part 4 participants, a consisté en une description qualitative des 3 thèmes relevés lors de la phase I, thèmes qui ont été approfondis au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées menées auprès de certains fournisseurs de soins de santé et de services sociaux communautaires.

Résultats : Le NFP est perçu dans l'ensemble comme un programme comblant une lacune importante dans les services dispensés aux nouvelles mères. Des échanges fréquents entre le NFP et les organismes communautaires offrant déjà des services à ces mères pourraient contribuer à en améliorer le processus d'orientation, à éviter leur chevauchement et à en faciliter l'accès. Ces résultats contribuent à mieux définir les composantes nécessaires au succès de l'intégration d'un programme de visites à domicile au réseau déjà en place de services communautaires.

Conclusion : Le rôle des programmes de visites à domicile ne doit pas être envisagé isolément. Au contraire, le potentiel de ceux-ci est optimisé par la collaboration et l'échange d'information avec d'autres organismes afin d'offrir de meilleurs services aux mères d'un premier enfant.

Mots-clés : visites à domicile, intervention précoce, éducation des parents, mères, Nurse-Family Partnership, professionnels du milieu communautaire

Principales constatations

- Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux communautaires ont confirmé la valeur ajoutée apportée par le programme Nurse-Family Partnership (NFP) aux services communautaires déjà en place.
- Ils préconisent une collaboration accrue et plus fréquente avec le NFP de façon à former un réseau intégré de services pour les jeunes mères défavorisées et à faciliter l'accès de ces dernières aux services communautaires.

Introduction

Les femmes enceintes dont les ressources financières, psychologiques et personnelles sont limitées vivent une grossesse davantage à risque, en particulier celui de donner naissance à un enfant prématuré ou de faible poids[1,2]. L'accès aux services sociaux et de santé communautaires et leur utilisation par les femmes enceintes défavorisées et les familles ayant de jeunes enfants est facilité par l'existence de visites à domicile avant la naissance ou pendant la petite enfance[3,4]. Au Canada, on offre à la fois des services universels (non ciblés) de visites à domicile aux nouveaux ou futurs parents et des visites plus soutenues à certaines catégories de population, habituellement les familles dont les enfants risquent davantage d'être en mauvaise santé ou d'avoir des lacunes sur le plan du développement social ou émotionnel[5].

Rattachement des auteurs :

1. Département d'épidémiologie clinique et de biostatistique, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
2. Offord Centre for Child Studies, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
3. School of Nursing, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
4. Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada
5. Département de pédiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Shelly-Anne Li, Offord Centre for Child Studies, 1280, rue Main Ouest, Hamilton (Ontario) L8S 4K1; tél. : 416-662-2232; courriel : shellyanne.li@gmail.com

Le Nurse-Family Partnership (NFP) est un programme fondé sur des données probantes qui s'inspire des théories sur l'« écologie humaine »[6], l'auto-efficacité[7] et l'attachement humain[8]. Au cours des 35 dernières années, il a fait l'objet d'évaluations approfondies reposant sur une série de trois essais cliniques randomisés (ECR)[9-11]. Sa mise en œuvre a commencé dès que l'efficacité des interventions visant à améliorer la grossesse ainsi que la santé et le bien-être psychosocial de la mère et de l'enfant a été prouvée. Il touche à l'heure actuelle les familles admissibles de 43 États américains ainsi que des Îles Vierges américaines[11-13].

Le NFP a élaboré 18 éléments de modèle pour guider les organismes mettant en œuvre ses interventions. Ces éléments assurent l'obtention de résultats comparables à ceux des trois ECR à la base à l'extension actuelle du programme[14]. Deux d'entre eux renvoient expressément à l'importance du partenariat avec d'autres organismes, au soutien et à la reconnaissance communautaires et au niveau de mobilisation communautaire requis pour le succès de cette mise en œuvre[15]. L'établissement d'alliances entre les intervenants communautaires et les organismes relevant de divers secteurs pour promouvoir et maintenir la santé des collectivités est une stratégie importante pour combler les besoins de ces collectivités en matière de santé[16]. Les intervenants à domicile nouent ainsi des partenariats avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux (p. ex. les médecins de première ligne, les pédiatres et les travailleurs sociaux), qui fournissent une aide vitale et une éducation de base aux familles exposées à des risques élevés au sein d'une collectivité[17-19]. On estime que ces partenariats amélioreront le respect des mesures de prévention et des traitements par les familles[20]. Dans ce cadre, il est fondamental de comprendre le point de vue des professionnels de la santé formant ce réseau de soutien élargi dans lequel s'inscrit le NFP, car le soutien communautaire est un élément déterminant du succès de la mise en œuvre du programme.

Le NFP a déjà été évalué au Canada, plus précisément à Hamilton (Ontario)[21,22], et un ECR est en cours en Colombie-Britannique pour mesurer son efficacité. D'après les enquêtes approfondies qui ont été réalisées, les infirmières de la santé publique (ISP) au Canada ainsi que les clients qui bénéficient de l'intervention et leurs familles ont bien accueilli les éléments de modèle du NFP et les visites à domicile[21-24]. Il restait à examiner le point de vue des professionnels de la santé et des services sociaux qui interviennent dans le cadre du NFP : notre étude remédie à cette lacune en sondant leur opinion sur les facteurs qui influencent la bonne réception de ces programmes de visites à domicile. Elle prend en compte les points de vue des professionnels susceptibles de renseigner les administrateurs des services de santé sur la mesure dans laquelle la collectivité est prête à accueillir un nouveau programme de visites à domicile fondé sur des données probantes et s'intégrant au système de santé canadien déjà en place.

Méthodologie

Cette étude qualitative a comporté deux phases. La phase I a consisté en une analyse secondaire des données tirées d'une étude de cas qualitative[21] réalisée à Hamilton (Ontario) et visant à évaluer si le NFP était accueilli favorablement par les nouvelles mères à faible revenu et leurs familles, les ISP et les intervenants communautaires, notamment les professionnels de la santé et des services sociaux. Les données utilisées pour cette analyse secondaire étant issues de questions posées par les chercheurs au cours de l'analyse primaire, les réponses étaient susceptibles de ne pas refléter adéquatement les questions de recherche définies dans notre étude[25]. La phase II a consisté, pour surmonter cet obstacle, à mener d'autres entrevues individuelles semi-structurées auprès de professionnels du milieu communautaire. Ces entrevues font également office de suivi pour l'élaboration et la confirmation des constatations de la phase I : la phase II a en effet été entreprise aussi pour déterminer si les constatations recueillies lors de la phase I en 2009 étaient toujours valables en 2014.

Échantillonnage

Pour la phase I, nous avons constitué un sous-ensemble de 24 entrevues individuelles avec des intervenants communautaires (professionnels de la santé et des services sociaux). Le tableau 1 présente les caractéristiques de cet échantillon.

Nous avons procédé à un échantillonnage dirigé de ces participants pour la phase II en vue de sélectionner ceux qui étaient susceptibles de fournir à nos questions de

TABLEAU 1
Professionnels de l'échantillon de la phase I

Activité professionnelle	n (%)
Fournisseurs de soins de première ligne (chefs d'équipe, travailleurs de soutien)	5 (20,8)
Professionnels de la santé (médecins, infirmiers autorisés, infirmières autorisées)	3 (12,5)
Praticiens en services sociaux (travailleurs sociaux, agents de liaison avec les écoles)	6 (25,0)
Responsables (directeurs, superviseurs, gestionnaires)	6 (25,0)
Professionnels de la protection de l'enfance	3 (12,5)
Personnel de soutien du NFP	1 (4,2)
Titre professionnel	**n (%)**
Travailleur social autorisé, travailleuse sociale autorisée	17 (70,8)
Médecin	2 (8,3)
Infirmier autorisé, infirmière autorisée	2 (8,3)
Autre diplôme	2 (8,3)
Non fourni	1 (4,2)
Autres données	**Moyenne (é.-t.)**
Âge (ans)	51,8 (5,3)
Nombre d'années dans la profession	18,1 (0,5)
Nombre d'années d'expérience dans le poste actuel	7,8 (5,5)
Nombre de femmes enceintes à faible revenu ayant bénéficié d'une intervention au cours de la dernière année	96,6 (172,5)

Abréviations : é-t, écart-type; NFP, Nurse-Family Partnership.

recherche des réponses enrichissantes. Cet échantillon ciblait à la fois des professionnels de la Société d'aide à l'enfance (SAE) pouvant s'exprimer sur le rôle du NFP dans le contexte des services de protection de l'enfance et des professionnels des services de santé publique de Hamilton (SSPH) susceptibles de fournir des renseignements détaillés sur le programme de visites à domicile du NFP à Hamilton. Sachant, grâce à la phase I, que de nombreux fournisseurs de soins communautaires connaissaient l'influence du NFP sur le nombre de dossiers adressés à la SAE et sur le délai de fermeture des dossiers de la SAE, nous avons exclu de l'échantillon les professionnels n'étant pas pas directement au courant de la mise en œuvre du NFP à Hamilton.

Nous avons communiqué au total avec dix professionnels des services sociaux et de santé (trois du SSPH et sept du SAE) que nous avons considérés comme ayant une connaissance directe du NFP, soit huit ayant participé à l'étude primaire et deux autres sélectionnés par échantillonnage dirigé*. Sur les huit ayant participé à l'étude primaire, quatre ont répondu au courriel d'invitation envoyé par le chercheur principal et trois ont accepté de participer. L'une des deux personnes sélectionnées par échantillonnage dirigé a également accepté. En tout, ce sont donc quatre professionnels des services sociaux et de santé qui ont accepté de participer à notre étude.

Participants

Les quatre professionnels retenus (3 femmes et 1 homme) participaient au NFP depuis sa mise en œuvre à Hamilton : ils étaient donc en mesure de fournir des renseignements contextuels riches. Ils travaillaient pour leurs organismes respectifs (3 pour le SAE et 1 pour le SSPH) depuis en moyenne 19 ans (écart-type de 6 ans) et y occupaient leurs fonctions actuelles depuis en moyenne 12 ans (écart-type de 4 ans). Deux détenaient un baccalauréat et deux une maîtrise en travail social.

Collecte de données

Les participants devaient signer un formulaire de consentement éclairé avant chaque entrevue. Les données ont été recueillies sur support numérique au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées d'environ 60 minutes. Pour mieux apprécier et comprendre les expériences et les points de vue des professionnels du milieu communautaire, un guide d'entrevue a été élaboré, essentiellement à partir des thèmes relevés pendant la phase I (voir tableau 2, les guides d'entrevue étant fournis sur demande par les auteurs). L'analyse et la collecte des données se déroulant en parallèle, les questions ont été modifiées au fur et à mesure dans le guide d'entrevue pour mieux traiter des différents thèmes.

Gestion des données

Une fois transcrites, les entrevues ont été anonymisées et importées dans NVivo 10 (QSR International Pty Ltd, Doncaster, Victoria)[26]. L'utilisation de NVivo a aussi permis de suivre rigoureusement le processus de recherche et d'améliorer ainsi le caractère vérifiable et la crédibilité des constatations.

Analyse des données

À notre connaissance, aucune étude antérieure n'avait exploré les facteurs qui influencent la réception d'un programme d'intervention précoce chez les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. Nous avons donc appliqué une approche inductive classique d'analyse de contenu aux données qualitatives des phases I et II, puis nous avons caractérisé les codes émergents en fonction de l'information transmise par les participants à l'étude. Nous n'avons pas imposé de catégories préétablies ni de point de vue théorique. Nous avons dégagé l'information à partir des points de vue des répondants tels qu'ils ont été générés avec cette approche classique[27].

Pour la phase I, nous avons commencé l'analyse par un codage ouvert, qui a consisté à souligner dans les transcriptions les mots les plus représentatifs des idées fondamentales exprimées par les répondants au sujet du programme de visites à domicile du NFP. Des codes

TABLEAU 2
Thèmes, catégories et codes de la phase I

Thème	Catégorie	Codes
Le NFP en tant que programme d'éducation structuré, fondé sur des données probantes et destiné aux femmes qui deviennent mères pour la première fois	Éléments du NFP	Structure et intensité du programme
		Le NFP en tant qu'intervention fondée sur des preuves
		Préparer les clientes à la maternité
	Rôle des ISP	Relations ISP-cliente en tant qu'aspect essentiel du NFP
		Expertise des ISP et image professionnelle
Le NFP en partenariat avec d'autres organismes communautaires		Les ISP, courroie de transmission avec les services communautaires pour les clientes
		Rôle de soutien communautaire pour assurer la continuité et le développement du NFP
	Collaboration entre les organismes et le NFP	Préférence pour une poursuite de la collaboration avec le NFP
		Préférence pour une communication ininterrompue avec les ISP du NFP
Le NFP en contexte communautaire	Retombées du NFP	Offre de services et de soutien visant à combler une lacune en matière de besoins
		Problème de chevauchement avec les services communautaires déjà en place
		Services de protection de l'enfance

Abréviations : ISP, infirmière de la santé publique; NFP, Nurse-Family Partnership.

*L'échantillonnage dirigé est une technique d'échantillonnage où les participants à une étude expliquent à d'autres personnes potentiellement appropriées en quoi cette étude consiste. Si ces dernières sont intéressées et répondent aux critères de l'étude, elles peuvent elles aussi y prendre part.

(essentiellement des « étiquettes » assignées à des segments de texte formant des unités de sens) ont émergé. Nous avons créé une liste de ces codes préliminaires à partir du codage ouvert de cinq transcriptions, puis nous avons élaboré un guide pour le codage des autres entrevues. Ce guide a été revu et peaufiné au fur et à mesure que de nouveaux codes et idées ont émergé des transcriptions. Certaines catégories ont ainsi été regroupées tandis que d'autres ont été divisées en sous-catégories, en fonction des liens entre les différents codes. Différents thèmes sont ressortis du sens sous-jacent de ces catégories. Nous avons suivi une méthode similaire pour l'analyse des données de la phase II : nous avons utilisé les codes élaborés à la phase I pour amorcer l'analyse puis nous avons enrichi le guide des codes au fur et à mesure de l'émergence de nouveaux codes et idées lors de la phase II.

Nous avons appliqué les quatre critères recommandés par Lincoln et Guba[28] – crédibilité, transférabilité, fiabilité et cohérence interne – pour garantir la rigueur de l'étude. La crédibilité a été assurée par les commentaires des pairs et par les vérifications effectuées par l'équipe. Un second codeur (MT) a codé un sous-ensemble de transcriptions (quatre transcriptions de la phase I et une de la phase II) puis nous avons comparé ces codes à ceux du premier codeur afin d'en assurer la fiabilité. Pour garantir la transférabilité, nous avons décrit en détail le contexte de la recherche et les caractéristiques des répondants. Enfin, le maintien d'une piste de vérification et de notes de terrain a garanti la cohérence interne.

Le Hamilton Integrated Research Ethics Board (comité d'éthique de la recherche intégrée de Hamilton) a approuvé l'étude.

Résultats

Lors de la phase I (analyse secondaire des entrevues individuelles avec les fournisseurs de services sociaux et de santé communautaires), nous avons dégagé trois thèmes principaux : (1) le NFP en tant que programme d'éducation structuré, fondé sur des données probantes et destiné aux femmes qui deviennent mères pour la première fois, (2) le NFP en partenariat avec d'autres organismes communautaires et (3) le NFP en contexte communautaire (tableau 2).

Ces thèmes ont été explorés lors de la phase II au moyen des entrevues auprès des professionnels des SSPH et du SAE de la municipalité d'Hamilton (Ontario) ayant une expérience et des connaissances approfondies de la collaboration entre les ISP, les superviseurs et les clients du NFP.

Le NFP en tant que programme d'éducation structuré, fondé sur des données probantes et destiné aux femmes qui deviennent mères pour la première fois

Les fournisseurs de services sociaux et de santé interrogés ont mentionné que le NFP comblait une lacune importante dans les services offerts aux nouvelles mères à faible revenu de Hamilton. Tous sans exception ont exprimé leur satisfaction à l'égard de la structure du programme, de son intensité sur le plan de la préparation des clientes à la maternité, de sa base solide de données probantes, de l'apport de l'expertise des ISP au programme de visites à domicile et enfin des liens étroits noués entre chaque cliente et son ISP.

Éléments du NFP

Les répondants ont relevé plusieurs spécificités du NFP : visites à domicile débutant tôt au cours de la grossesse, visites fréquentes des infirmières et fait que les familles bénéficient du programme jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans. En outre, elles ont estimé que la clarté avec laquelle les objectifs de chaque visite étaient définis conformément aux lignes directrices constituait un atout majeur du NFP et en faisait un programme original si on le comparait aux autres programmes communautaires de visites à domicile. Lors de chaque visite à domicile, l'ISP aborde six aspects essentiels : la santé personnelle, la salubrité de l'environnement, le rôle de la mère, le développement de au cours de la vie, la famille et les amis et enfin les services sociaux et de santé. Les répondants ont aussi souligné que le programme avait tendance à encourager des relations parent-enfant positives et à favoriser l'acquisition de compétences parentales solides tout en parvenant à un équilibre optimal entre l'intensité du programme et la fréquence des visites à domicile planifiées. L'un des fournisseurs de première ligne travaillant dans une maison de maternité a ainsi témoigné :

> [traduction] Ce que j'apprécie le plus, c'est à quel point le programme est *intense* et *débute tôt au cours de la grossesse*. Vous savez, je pense que cela amène les futures mères à commencer à penser à leur rôle de parent et à ce genre de choses... J'aime aussi le fait qu'après la naissance de l'enfant, les visites continuent une fois par semaine, pendant six semaines... parce que c'est... disons une période où le risque est élevé. Je pense que c'est une force du programme, cela et aussi le fait qu'il se poursuive pendant deux ans... C'est quelque chose de très intense... enfin, c'est mon opinion. (S523)

La solidité des résultats associés à la participation des clients au NFP a aussi suscité des réactions positives chez les responsables des organismes et les fournisseurs de soins de première ligne interrogés. Ils ont considéré que cette participation était importante et son efficacité prouvée. Les répondants connaissaient de manière générale les données provenant des États-Unis, notamment les résultats de l'extension du programme du NFP. Un professionnel de la SAE a ainsi noté :

> [traduction] En ce qui concerne ce programme, j'ai été très impressionné… De toute évidence, les résultats obtenus aux États-Unis, si l'on examine les effets et les résultats à long terme... sont très impressionnants. (S509)

Les participants à l'étude ont décrit le NFP comme très bénéfique pour les nouvelles mères à faible revenu. Du fait qu'elles établissent des liens avec la cliente avant la naissance du bébé, les ISP sont considérées comme étant dans une position idéale pour réduire les facteurs de risque connus relativement à la santé prénatale et néonatale, de même que pour aider la cliente à se préparer à son nouveau rôle de

parent. L'un des fournisseurs de soins de première ligne a ainsi décrit les avantages des aspects éducatifs du programme :

> [traduction] Ah, et les aspects du programme qui touchent l'éducation et les activités éducatives pratiques aident énormément les filles... c'est vraiment important que quelqu'un soit là pour les aider avec ce genre de choses... leur donner... une chance de parler de leurs inquiétudes au sujet de leur rôle de parent ou du fait de devoir prendre soin de leur enfant. (S521)

Ce commentaire renvoie à une composante essentielle du NFP : l'établissement d'une relation thérapeutique entre la cliente et l'ISP, en particulier lorsque l'ISP devient une personne à qui parler de ses soucis quotidiens. L'ISP joue un rôle essentiel non seulement dans l'éducation des clientes sur des questions de santé et dans l'enseignement de pratiques parentales positives, mais aussi dans leur responsabilisation, en renforçant leur confiance en elles-mêmes et leur estime de soi ainsi qu'en intégrant à leur vie des activités positives et constructives.

Rôle des ISP

Les répondants percevaient les interactions individuelles régulières entre l'ISP et la cliente comme essentielles à l'établissement d'une relation de confiance, relation susceptible de durer deux ans et demi. Un travailleur social s'exprime par exemple ainsi :

> [traduction] Je pense que c'est certainement quelqu'un qu'elles n'hésitent pas à appeler chaque fois qu'elles ont des questions ou des inquiétudes... je crois comprendre que les clientes connaissent le numéro de cellulaire de leur ISP. Il est plutôt rare de n'avoir qu'à prendre le téléphone pour avoir *tout de suite* au bout du fil un professionnel de la santé... Je pense que les jeunes mères doivent pouvoir compter sur quelqu'un en qui elles ont confiance. (S511)

Tous les répondants étaient d'avis que les ISP apportent aux clientes du NFP des connaissances et des compétences réelles sur les questions de santé. Ils percevaient les ISP comme ayant une meilleure réputation et une image plus positive que celle d'autres professionnels du milieu communautaire œuvrant auprès des jeunes mères à faible revenu, notamment les travailleurs sociaux et les professionnels de la SAE ou des services de soutien aux parents. Un travailleur social a ainsi opposé l'image publique des ISP et celle des travailleurs sociaux et des professionnels de la SAE :

> [traduction] Je pense que vous savez que les gens se sentent souvent plus nerveux lorsqu'ils savent que... s'ils savent que c'est un travailleur social. Il m'est souvent plus facile de vendre un programme si je dis qu'il est volontaire, que c'est une infirmière qui rend visite à des gens de tous les milieux, que ce n'est pas quelqu'un qui vient « contrôler ce que vous faites ». C'est un peu plus ce que ressentent les gens lorsqu'il s'agit d'un professionnel de la SAE ou des services de soutien aux parents. (S511)

Le NFP en partenariat avec d'autres organismes communautaires

L'ISP, courroie de transmission pour les services communautaires destinés aux clientes

Les fournisseurs de soins communautaires voient les ISP comme des courroies de transmission pour les services communautaires offrant un soutien aux jeunes mères à faible revenu, que ce soit l'aide pour se loger, pour les études ou pour les soins de santé. Ils ont souligné l'importance de disposer de programmes collaboratifs et insisté sur la valeur d'une approche bidirectionnelle dans la promotion des services communautaires.

Les répondants ont aussi souligné le rôle à jouer par le soutien communautaire dans le maintien et l'essor du NFP. Par exemple, pour l'un des fournisseurs de services sociaux, le NFP doit s'insérer dans un processus continu de soutien aux mères à risque élevé, étant donné que leurs problèmes de logement et d'emploi ainsi que les questions de santé mentale ne sont vraisemblablement pas tous résolus lorsque le programme du NFP prend fin. Le NFP est donc bien placé pour préparer les autres organismes déjà chargés d'épauler ces jeunes mères ou à la veille de le faire. Pour former une infrastructure de soutien concrète et efficace pour cette population cible, resterait donc à renforcer la collaboration entre le NFP et les autres organismes communautaires. L'un des fournisseurs de soins communautaires a ainsi parlé de la collaboration comme d'un moyen de prévenir le chevauchement dans les services offerts aux clientes :

> [traduction] C'est juste une question de *liaison* et, bien sûr, *de collaboration*, pour s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement. Je pense que c'est cela qui est vraiment important, et c'est ce que j'essaie de faire lorsqu'il y a un certain nombre d'organismes différents, en particulier lorsqu'il y a un NFP... unissons-nous... (S519)

Positionnement en faveur d'une communication ininterrompue avec les ISP du NFP

Les fournisseurs de soins ont souligné les avantages potentiels d'une communication renforcée avec les ISP du NFP, notamment une meilleure orientation, la capacité de renforcer l'appui de la collectivité envers le NFP et une meilleure connaissance des objectifs de ce dernier. Pour l'un d'entre eux, la planification de réunions avec le NFP aiderait les fournisseurs de soins communautaires à se maintenir au courant des progrès du NFP au sein de la collectivité, ce qui aiderait les organismes pour lesquels ils travaillent à soutenir plus efficacement le NFP, en particulier dans l'orientation vers les ressources :

> [traduction] Je pense à des réunions de temps en temps, pour nous tenir à jour, pour nous informer de ce qui se passe afin que nous puissions appuyer le programme. Ainsi, vous savez, c'est... ce qui se passe, c'est que lorsque vous savez en quoi quelque chose consiste, vous êtes d'autant plus apte à bien cibler la clientèle qui peut en bénéficier. (S503)

Le NFP en contexte communautaire

Le NFP est perçu comme un programme ayant une incidence positive sur les organismes communautaires sans pour autant perturber la logistique des services déjà en place. Les fournisseurs de soins

communautaires ont le sentiment que le NFP comble à Hamilton une lacune dans les services offerts aux jeunes mères d'un premier enfant défavorisées. Beaucoup ont aussi fait état de l'influence du NFP sur les services de protection de l'enfance, notamment la fermeture plus rapide des dossiers de la SAE, la réduction du nombre de dossiers ouverts à la SAE et l'amélioration du processus de planification visant à assurer la sécurité des familles à risque élevé. Cependant, certains fournisseurs se sont dits préoccupés par le chevauchement avec les services déjà en place, et certains ont comparé le NFP aux SSPH.

Influence du NFP sur les services communautaires déjà en place

Lorsque l'on a demandé aux répondants quel effet le NFP avait sur les services déjà en place, tous ont affirmé qu'il ne constituait pas une gêne dans la manière dont les interventions se faisaient, mais qu'il avait plutôt pour effet d'accroître les services offerts aux nouvelles mères. Ils ont fait état d'une influence positive directe et indirecte (par l'entremise des clientes) des ISP sur leurs services. Pour reprendre les propos d'un médecin :

> [traduction] Oui, je suis très enthousiaste à l'égard de ce programme. En tant que médecin de famille, il me permet de gagner du temps, et je sais que je peux diriger ma patiente vers des ressources qui, je l'espère, pourront contribuer à ce qu'elle garde son enfant et soit une meilleure mère... En fait, pour être parfaitement honnête, je vais vous dire qu'aucun médecin de famille, quel que soit son degré de sollicitude envers ses patients, n'a le *temps* de faire ce que font les infirmières. (S514)

Influence du NFP sur les services de protection de l'enfance

De nombreux répondants ont fait état de retombées spécifiques du NFP sur les services de protection de l'enfance (notamment la SAE) – ce qui justifie une description distincte de celle des résultats portant sur les autres services communautaires. Les travailleurs de la SAE ont avoué se sentir plus confiants lorsqu'un autre professionnel de la santé travaillait en proche collaboration avec leurs clientes. Ils ont également souligné qu'ils étaient convaincus que les ISP allaient faire part de leurs préoccupations concernant leurs clientes à la SAE. Un autre participant a estimé que le NFP constituait un « travail plus intense » et qu'il avait « plus confiance dans le règlement du dossier [SAE] » lorsqu'une ISP rendait régulièrement visite à la cliente. Ce participant a précisé :

> [traduction] J'ignore quelle tournure aurait pu prendre ce dossier particulier s'il n'y avait pas eu une autre personne [l'ISP] pour aider à organiser les rencontres que nous avons eues, pour aider à ce que quelqu'un d'autre suive la situation de près, et également pour m'informer sur ce qui se passait réellement, pas vrai? Je crois que cela a vraiment contribué à me fournir une meilleure idée de la situation et à faciliter ma planification, puis à offrir de meilleures conditions et un meilleur plan pour le bébé et pour la mère. (S515)

Les professionnels de la SAE ont aimé travailler avec les ISP du NFP pour leurs clientes communes, et ils nous ont souvent décrit leurs expériences positives et l'appui précieux qu'ils ont reçu de la part des ISP. Cependant, certains obstacles à une collaboration transparente sont bien réels. Une professionnelle de la SAE a par exemple relaté son expérience avec une ISP alors qu'elles travaillaient « ensemble, côte à côte ». Elle a parlé de la difficulté à comprendre leurs rôles respectifs, notamment lorsque son rôle en tant travailleuse de la SAE a changé après qu'il a été statué qu'un enfant avait besoin de protection (au sens de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* de l'Ontario[29]) et que la SAE a dû intervenir pour la cliente :

> [traduction] Je dois avouer que parfois, c'était... Je ne savais pas si c'était parce qu'elle ne comprenait pas notre rôle et peut-être que je ne comprenais pas son rôle comme j'aurais dû, pour qu'on collabore mieux... lorsque le bébé est né et que c'est devenu un dossier de *protection*... il a fallu se préoccuper de la sécurité et de la protection de l'enfant. *Nos rôles ont alors changé.* Lorsque j'ai travaillé avec l'ISP du NFP avec cette mère avant la naissance du bébé, c'était très différent et plus facile de la suivre... mais une fois que c'est devenu un cas de protection, j'ai eu à intervenir. J'ai eu à mettre en place les services offerts par la Société pour cette mère parce que c'était devenu un cas de protection et qu'il y avait des problèmes... (S516)

Synthèse des résultats

L'intégration des résultats des deux phases de l'étude nous a permis d'approfondir les constatations de l'analyse secondaire des données et de répondre à certaines questions restées en suspens. Les constatations de la phase II de l'étude (reflétant les perceptions actuelles sur la prestation du NFP) ont largement concordé avec celles de la phase I (remontant à 2009), comme l'illustre le tableau 3 qui en rassemble les éléments communs. Les données de la phase II nous ont en outre renseigné sur l'état actuel du programme du NFP, notamment dans les domaines ayant nécessité un examen plus approfondi, et nous en ont appris davantage sur les défis auxquels le NFP est confronté (tableau 4).

Analyse

Nos résultats offrent une information précieuse sur la réception du NFP dans une collectivité canadienne. Les points de vue des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux communautaires confirment les descriptions des expériences vécues par les jeunes mères défavorisées ayant un premier enfant qui ont participé au NFP à Hamilton (Ontario)[28]. Celles-ci ont notamment jugé que les ISP étaient des spécialistes crédibles en matière de santé en même temps que des amies leur apportant un soutien et en qui elles pouvaient avoir confiance. De plus, les mères ayant participé à l'étude ont fait état du caractère stimulant des relations qu'elles ont entretenues avec les ISP et elles ont estimé que ces dernières défendaient bien leurs droits auprès des organismes communautaires.

Après presque six mois de travail avec le NFP à Hamilton, les professionnels de la SAE et les ISP semblent avoir adopté plusieurs des stratégies proposées par les fournisseurs de soins dans la phase I pour promouvoir la collaboration entre les organismes. Ces stratégies consistent à (1) fournir au début de la

TABLEAU 3
Sommaire des constatations concordantes entre les entrevues de la phase I et celles de la phase II

Thème	Résumé
Le NFP en tant que programme d'éducation structuré, fondé sur des données probantes et destiné aux femmes qui deviennent mères pour la première fois	Les répondants ont fait état des commentaires positifs des clientes au sujet du NFP. Les jeunes mères semblent très satisfaites des produits du programme. L'idée d'établir une relation à long terme avec la famille est toujours considérée comme le principal élément du NFP. Les répondants ont parlé des avantages que procure le NFP à la mère et à l'enfant. Le besoin de services d'interprétation pour mieux dépister les jeunes mères est encore présent.
Le NFP en partenariat avec d'autres organismes communautaires	Les répondants ont suggéré une communication accrue et des moyens d'échanger fréquemment l'information (p. ex., inviter les ISP à visiter les organismes pour sensibiliser les employés à la situation des jeunes mères qui ont un premier enfant et à leurs expériences avec elles, ou à fournir des mises à jour rapides par téléphone).
Relation du NFP avec les organismes communautaires	Les ISP sont considérées comme une ressource importante pour connecter leurs clientes avec les services communautaires. La participation du NFP permet aux professionnels de la SAE de clore plusieurs dossiers en toute confiance. Les ISP jouent un rôle prépondérant dans l'élaboration du plan de sécurité avec les professionnels de la SAE et la famille.

Abréviations : ISP, infirmière de la santé publique; NFP, Nurse-Family Partnership.

relation de travail un aperçu des responsabilités du professionnel de la SAE et celles de l'ISP, (2) définir et communiquer clairement les objectifs de chaque professionnel pour le travail auprès de la famille et (3) organiser des rencontres avec la famille pour discuter de la manière d'améliorer le soutien. La collaboration interorganisationnelle figure parmi les stratégies permettant d'éviter le chevauchement des services[31].

Lors de la phase I, les fournisseurs de soins communautaires avaient également mentionné qu'il était difficile au départ de faire la distinction entre les services de maternité à domicile déjà en place et le NFP. Après avoir travaillé avec les ISP du NFP, ils en sont venus à aimer l'approche du NFP, qui insiste, auprès des jeunes mères défavorisées qui ont un premier enfant, sur les fondements du développement de l'enfant. Lors de la phase II, on a constaté que les membres de l'équipe du NFP avaient fait des efforts considérables pour aider les partenaires communautaires à comprendre les recommandations du programme du NFP, en tenant des réunions avec les décideurs à l'échelon provincial et avec d'autres intervenants communautaires. Le NFP a également fait la promotion de la collaboration avec d'autres organismes en formant des alliances interorganisationnelles, par exemple en coordonnant des conseils consultatifs communautaires où les dirigeants et les fournisseurs de soins directs pouvaient établir des objectifs communs[32]. La mise en place d'un conseil consultatif constitue l'un des 18 éléments du modèle du NFP que les organismes mettent en œuvre dans le cadre de leur engagement envers le programme.[14]

Nous avons pu constater que le NFP, qui a offert à Hamilton des interventions attendues depuis longtemps et efficaces ciblant les nouvelles mères à risque élevé, a été considéré comme comblant une lacune importante en matière de services. Les professionnels de soins de santé et de services sociaux interrogés dans le cadre de notre étude ont considéré que le succès et la viabilité du NFP au sein de la collectivité reposaient sur le partenariat. Ce résultat va dans le sens des études qui rapportent des résultats plus solides lorsque les programmes de visite à domicile sont jumelés à d'autres services d'intervention précoce et à d'autres programmes communautaires de soutien[17]. Les familles défavorisées bénéficiant de services à la petite enfance ont souvent des besoins complexes qui ne peuvent pas être satisfaits convenablement uniquement par un service de visites à domicile. Les services communautaires doivent donc travailler main dans la main pour cibler ces besoins non satisfaits[20].

Les professionnels de soins de santé et de services sociaux que nous avons interrogés dans le cadre de cette étude ont également souligné l'importance de continuer à offrir du soutien aux clientes après le NFP afin qu'elles puissent réaliser leur plein potentiel en tant que parents. Cette constatation est corroborée par un bref rapport sur le NFP en Écosse[33].

Points forts et limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs points forts. Nous avons eu recours à diverses stratégies

TABLEAU 4
Nouvelles constatations et nouvelles idées relevant de la phase II

Thème	Résumé	Type d'information
Relation du NFP avec les organismes communautaires	L'existence d'une longue liste d'attente pour les mères admissibles au programme constitue actuellement un défi important pour leur orientation.	Nouvelle information
Le NFP en contexte communautaire	Les connaissances et les observations de l'ISP sur la famille sont considérées comme cruciales pour l'obtention pour la SAE de l'information la plus précise sur l'état de la famille.	Approfondissement
	En raison des compressions dans divers services de visite à domicile de la SAE, la pression de l'afflux de référencements à la SAE qui en découle peut être réduite car une partie des cas peut également être confiée au NFP.	Nouvelle information

Abréviations : ISP, infirmière de la santé publique; NFP, Nurse-Family Partnership.

pour en assurer la rigueur méthodologique, en particulier la vérification par les membres de l'équipe, le codage en double et l'utilisation d'une expertise rétrospective. De plus, la taille de l'échantillon de la phase I (24 entrevues) a permis la saturation et l'émergence de thèmes. La mise en œuvre d'un modèle d'étude en deux phases répondait aux défis inhérents aux analyses secondaires de données, à savoir une nouvelle analyse de données susceptible de ne pas refléter adéquatement les nouvelles questions de recherche et une durée et une portée des données de l'étude originale limitées[25]. Les catégories et les thèmes dérivés de la phase I (analyse secondaire des entrevues individuelles) ont servi de guide pour l'élaboration des questions d'entrevue pour la phase II.

Notons également quelques limites importantes, relevant surtout de l'échantillonnage pour la phase II. L'échantillon pour cette phase étant extrêmement réduit (4 entrevues), la saturation avec de nouvelles données pour des thèmes additionnels n'a pas pu être atteinte. Bien qu'il soit impossible d'obtenir des conclusions fermes en raison de la taille très limitée de cet échantillon, nous avons relevé certaines caractéristiques demandant un examen plus approfondi. L'augmentation du nombre de clientes pour la phase II afin d'inclure plus de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux liés au NFP aurait amélioré la transférabilité des constatations de cette étude. La triangulation, qui fait appel à l'utilisation de méthodes ou de sources de données différentes pour la collecte et l'analyse de données, par exemple au moyen de groupes de discussion ou de bulletins d'information ou encore de comptes rendus de réunions[28], aurait également été utile.

Facteurs à prendre en considération pour la recherche future

Depuis plus d'un siècle, les visites à domicile effectuées par les infirmières constituent l'un des fondements de la santé publique. Malgré l'abondance de connaissances portant sur l'importance de la relation thérapeutique entre l'infirmière, la cliente et sa famille, aucune étude ne s'est encore penchée sur la relation entre l'infirmière effectuant les visites à domicile et les fournisseurs de soins communautaires. Nos résultats suggèrent qu'une exploration plus pointue, dans le contexte des visites à domicile, du rôle des fournisseurs de services sociaux et de soins de santé est importante pour comprendre les approches liées aux prestations et à la mise en œuvre des services.

Répercussions

Les données recueillies dans le cadre des entrevues individuelles permettent de mieux cerner les éléments clés du succès de l'intégration d'un programme à long terme de visites à domicile au réseau déjà en place de services communautaires. En cela, elles participent à la définition de l'efficacité des interventions, l'ECR en cours en Colombie-Britannique constituant l'étape suivante de la mise en œuvre du NFP au Canada. Nous avons identifié quant à nous un besoin de collaboration plus solide avec les divers organismes communautaires et la nécessité de surveiller la manière dont leurs rôles sont susceptibles de se chevaucher.

Conclusion

Les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux ont estimé que le NFP constituait un ajout positif aux services communautaires déjà en place pour les nouvelles mères défavorisées. Les ISP étant intervenues dans le cadre du NFP ont été considérées comme jouant un rôle essentiel, par le fait qu'elles mettent ces mères en contact avec les services communautaires, qu'elles les préparent à la maternité et que l'intervention des services de protection de l'enfance n'est alors parfois pas ou plus nécessaire. Les fournisseurs de soins ont également envisagé une collaboration avec le NFP pour former un réseau intégré de services assurant la transition entre services la plus fluide possible.

Il s'agit de la première étude qualitative visant à explorer la réception d'un programme à long terme de visites à domicile du point de vue des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux au sein d'une collectivité. Il serait utile d'examiner les perceptions des fournisseurs de soins de la mise en œuvre continue du NFP et de déterminer jusqu'à quel point il est jugé apte à répondre aux besoins de la collectivité.

Remerciements

Le financement de la recherche originale a été fourni par le Fonds de recherche sur les soins infirmiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et par le Centre d'excellence provincial en santé mentale des enfants et des adolescents au Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario. Nous désirons témoigner de notre reconnaissance envers les fournisseurs de soins communautaires qui ont participé à l'étude originale (phase I) et ceux qui ont été interrogés pour cette étude (phase II). La D[re] Harriet MacMillan bénéficie du soutien de la Chaire de pédopsychiatrie Chedoke Health. Nous tenons à remercier spécialement la D[re] Masako Tanaka pour son rôle de deuxième codeur, qui a permis d'en venir à un accord entre codeurs.

Références

1. McCormick MC, Brooks-Gunn J, Shorter T, Holmes JH, Wallace CY, Heagerty MC. Factors associated with smoking in low-income pregnant women in relationship to birthweight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress. J Clin Epidemiol. 1990;43(5):441-448.

2. Sable MR, Wilkinson DS. Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. Fam Plann Perspect. 2000;32:288-294.

3. Issel LM, Forrestal SG, Slaughter J, Wiencrot A, Handler A. A review of prenatal home-visiting effectiveness for improving birth outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2001;40(2):157-165.

4. Gomby DS, Larson CS, Lewit EM, Berman RE. Home visiting: analysis and recommendations. Future Child. 1993;3(3):6 22.

5. Gates R, Nickel D, Muhajarine N, Evaluation Research Team. The effectiveness of home visitation interventions similar to KidsFirst, Saskatchewan: a focused literature review [Internet]. Saskatoon (SK) : Early Learning and Child Care Branch, Saskatchewan Ministry of Education; 2010 [consulté le 23 juin 2014]. PDF téléchargeable à partir du lien : http://kidskan.ca/wp-content/uploads/2013/05/3a-Home-Visiting-Lit-Review-Kids-First-Evaluation-2009.pdf.

6. Bronfenbrenner U. Ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge (MA) : Harvard University Press; 2005.

7. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

8. Bowlby J. Attachment and loss: Attachment. London (UK) : Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.

9. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. JAMA. 1997;278(8) 637-643.

10. Olds D, Robinson J, Pettit L et collab. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics. 2004;114(6): 1560-1568.

11. Olds DL, Kitzman H, Cole RE, Hanks CA, Arcoleo KJ, Anson EA et collab. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(5):419-424.

12. Gomby DS. Home visitation in 2005: outcomes for children and parents. Invest in Kids working paper no. 7. Washington (DC): 2005 [consulté le 2 mai 2014]. PDF téléchargeable à partir du lien : wvpartners.org/docs/report_ivk_gomby_2005.pdf

13. Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. Future Child. 2009;19(2): 119-146.

14. Nurse-Family Partnership. Implementation overview and planning: a guide for prospective Nurse-Family Partnership implementing agencies. Denver (CO) : Nurse-Family Partnership; 2010 PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Policy/HV-Funding-Guidance/NFP_Overview_Planning

15. Nurse-Family Partnership. Pregnancy assistances for first-time moms [Internet]. Denver (CO) : Nurse-Family Partnership; 2011 [consulté le 15 juin 2014]. Consultable à la page : http://www.nursefamilypartnership.org/first-time-moms

16. Hicks D, Larson C, Nelson C, Olds DL, Johnston E. The influence of collaboration on program outcomes: The Colorado Nurse-Family Partnership. Eval Rev. 2008;32(5):453-477.

17. Daro D. Home visitation: assessing progress, managing expectations. Chicago (IL) : Ounce of Prevention Fund; 2006. Joint publication of the Chapin Hall Center for Children. PDF téléchargeable à partir du lien : http://www.chapinhall.org/sites/default/files/old_reports/323.pdf

18. Daro D, Cohn-Donnelly A (dir.). Child abuse prevention: accomplishments and challenges. APSAC handbook on child maltreatment (2nd ed). Newbury Park (CA) : Sage Publications; 2001.

19. Schumacher R, Hamm K, Goldstein A, Lonbardi J. Starting off right: promoting child development from birth in state early care and education initiatives [Internet]. Washington (DC) : Centre for Law and Social Policy; 2006 [consulté le 2 mai 2014]. Consultable à la page : http://www.clasp.org/publications/startingoffright.html

20. Council on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. Pediatrics. 1998;123(2):486-489.

21. Jack SM, Busser D, Sheehan D, Gonzalez A, Zwygers EJ, MacMillan HL. Adaptation and implementation of the Nurse-Family Partnership in Canada. Can J Public Health. 2012;103(7):eS42-eS48.

22. Jack SM, MacMillan HL. Adaptation and evaluation of the Nurse-Family Partnership in Canada [Internet]. The Hague (ND) : Early Childhood Matters; 2014 [consulté le 15 juin 2014]. Consultable à la page : http://earlychildhoodmagazine.org/adaptation-and-evaluation-of-the-nurse-family-partnership-in-canada/

23. Dmytryshyn AL, Jack SM, Ballantyne M, Wahoush O, MacMillan HL. Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretive description of the impact on public health nurses. BMC Nursing. 2015; 14:12. doi:10.1186/s12912-015-0061-2.

24. Landy CK, Jack SM, Wahoush O, Sheehan D, MacMillan HL; NFP Hamilton Research Team. Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: A qualitative case study. BMC Nursing. 2012;11:15. doi:10.1186/1472-6955-11-15.

25. Rew L, Koniak-Griffin D, Lewis MA, Miles M, O'Sullivan A. Secondary data analysis: new perspective for adolescent research. Nurs Outlook. 2000;48(5):223-229.

26. NVivo qualitative data analysis software, version 10. Doncaster (VC): QSR International Pty Ltd; 2013.

27. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-1288.

28. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (Californie) : Sage Publications.

29. Child and Family Services Act, RSO 1990, c C.11. Consultable à la page. http://www.canlii.org/fr/on/legis/lois/lro-1990-c-c11/97652/lro-1990-c-c11.html

30. Landy CK, Jack SM, Wahoush O, Sheehan D, MacMillan HL, NFP Hamilton Research Team. Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: A qualitative case study. BMC Nurs. 2012;11:15.

31. Peterson N. Interagency collaboration under Part H: the key to comprehensive, multidisciplinary, coordinated infant/toddler intervention. J Early Interv. 2003;15(1):89-105.

32. Foster-Fishman PG, Salem DA, Allen NA, Fahrbach K. Facilitating interorganizational collaboration: the contributions of interorganizational alliances. Am J Community Psychol. 2001;29(6):875-905.

33. Trotter G. Family Nurse Partnership programme in Scotland: an update [Internet]. Community Pract. 2012 [consulté le 15 juin 2014]. Consultable à la page : http://www.readperiodicals.com/201208/2731312821.html

Commentaire

Adaptation et remise à l'épreuve des programmes fondés sur des preuves destinés à prévenir la violence envers les enfants : étude de cas canadienne

Christopher Mikton, Ph. D.

Diffuser cet article sur Twitter

Ce numéro spécial de *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada* est opportun, car la violence envers les enfants constitue un important problème de santé publique : à l'échelle mondiale, des centaines de millions de personnes sont touchées. Un adulte sur quatre dit avoir été victime de violence physique et plus d'un sur trois affirme avoir été victime de violence émotionnelle durant son enfance; 1 femme sur 5 et 1 homme sur 13 indiquent avoir été victimes de violence sexuelle[1-3]. Des enquêtes nationales récentes sur la violence envers les enfants menées en Afrique et dans d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire ont fait ressortir des taux de violence physique, sexuelle et émotionnelle encore plus élevés que les taux mondiaux[4].

> Imaginez, propose le Dr James Mercy, directeur de la Division de la prévention de la violence des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis[5], qu'un matin, les médias annoncent que des scientifiques ont découvert une nouvelle maladie qui touche jusqu'à 1 milliard d'enfants dans le monde chaque année. Non seulement les enfants exposés à cette maladie sont plus vulnérables à des maladies mentales comme la dépression et les troubles anxieux, à des maladies chroniques comme le diabète, les troubles du cœur et le cancer et à des maladies infectieuses comme l'infection par le VIH, mais ils sont plus nombreux à adopter des comportements antisociaux comme commettre des actes criminels et consommer des drogues. Si une telle maladie existait, que ferions-nous, d'après vous? En fait, cette « maladie » existe déjà : il s'agit de la violence envers les enfants.

Plusieurs organisations, notamment les CDC, l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds des Nations unies pour l'enfance et l'Agence de la santé publique du Canada, pour ne nommer qu'elles, ont identifié la prévention de la violence envers les enfants comme priorité mondiale de santé et ont soutenu la prise de mesures de lutte soutenues et efficaces en ce sens.

Il y a toutefois un obstacle important : à l'heure actuelle, peu de méthodes de prévention de la violence envers les enfants se sont avérées efficaces et adaptables à l'échelle d'un pays. Parmi elles, on trouve le Nurse-Family Partnership (NFP) [partenariat entre les infirmières et les familles], programme mis au point aux États-Unis. Les trois essais contrôlés randomisés ayant démontré son efficacité dans la prévention de la violence envers les enfants (réduction de près de moitié) et celle de nombreuses autres conséquences négatives ont également été effectués aux États-Unis.

Comme le met en relief ce numéro spécial ainsi que les publications concernant l'adaptation interculturelle des interventions fondées sur des preuves[6-8], nous ne pouvons pas affirmer que le NFP mis en œuvre dans de nouveaux contextes obtiendra des résultats aussi impressionnants. Il doit pour cela faire l'objet d'un processus minutieux d'adaptation, de remise à l'épreuve et de perfectionnement pour rester efficace. Le Canada fait des efforts concertés – et exemplaires – en ce sens. Jack et ses collaborateurs[9] décrivent ainsi le processus rigoureux d'adaptation initiale et d'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité du NFP en Ontario et en Colombie-Britannique. Li et ses collaborateurs se penchent quant à eux sur les perceptions des professionnels de la santé et des services sociaux qui participent aux aiguillages vers le NFP et qui fournissent les services aux familles inscrites[10], afin de déterminer comment intégrer le NFP dans un réseau déjà existant de services. Hovdestad et ses collaborateurs[11] examinent si les enfants de jeunes mères — qui sont le public cible du NFP — courent un risque accru d'exposition.

Jack et ses collaborateurs[9] ont créé un processus d'adaptation et de réévaluation qui va au-delà du modèle en quatre étapes exigé par le Dr David Olds, concepteur du programme, et son équipe du Centre de recherche sur la prévention de l'Université du Colorado à Denver[12]. Ce processus approfondi, qui comprend une évaluation additionnelle ainsi qu'une étude sur les mécanismes biologiques susceptibles de mettre en évidence la relation entre les interventions et leurs effets sur le

Rattachement de l'auteur :

Prévention de la violence, Gestion des maladies non transmissibles, Prévention des invalidités, de la violence et des blessures, Maladies non transmissibles et santé mentale, Organisation mondiale de la santé, 20, avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse

Correspondance : Christopher Mikton, Organisation mondiale de la santé, 20, avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse; courriel : miktonc@who.int

comportement des enfants, se divise en six étapes : 1) adaptation, 2) évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité, 3) essai contrôlé randomisé visant à évaluer l'efficacité, 4) évaluation du processus, 5) étude des mécanismes biologiques potentiels et 6) reproduction et expansion. Cette démarche étant à la fois rigoureuse et soigneusement documentée, notamment par la publication du présent article, elle va pouvoir contribuer à la mise au point d'une méthode empiriquement validée d'adaptation interculturelle et internationale pour les programmes de prévention de la violence envers les enfants[13-15].

Jack et ses collaborateurs[9] soulèvent des questions délicates concernant ce processus d'adaptation interculturelle et intercontextuelle et ce processus d'évaluation. Ces questions iront probablement en se complexifiant à mesure que le NFP et des interventions similaires vont être déployés dans des pays aux ressources plus limitées et culturellement distants des pays à l'origine de ces interventions. Dans tous les modèles et cadres d'adaptation interculturelle et intercontextuelle, la fidélité aux éléments essentiels — c'est-à-dire ceux réellement efficaces — de l'intervention est fondamentale pour le maintien de son efficacité dans un nouveau contexte[7,16-19]. Ces éléments doivent avoir été identifiés de façon empirique à l'aide de méthodes telles que les essais par répartition en sous-groupes, les analyses de médiation et les micro-essais[20]. On n'a toujours pas établi dans quelle mesure les 18 éléments du modèle établi par le NFP sont efficaces, ni dans quelle mesure ils doivent être respectés pour éviter de compromettre l'efficacité de l'intervention[21].

L'étude menée par Li et ses collaborateurs[10] a fait ressortir un élément potentiellement essentiel : la relation individuelle « thérapeutique » à long terme entre l'infirmière ou l'infirmier de santé publique et son client. Cette étude renforce la crédibilité du corpus de données à l'appui du NFP pour les professionnels de la santé publique et des services sociaux, ainsi que la perception selon laquelle le NFP vient combler une lacune majeure même dans un pays riche en ressources comme le Canada. Li et ses collaborateurs[10] soulèvent la question de savoir dans quelle mesure l'efficacité — particulièrement à long terme — du NFP dépend de la qualité des services offerts aux mères avec et après le NFP, ainsi que de leur degré d'intégration. Dans les pays aux ressources limitées, où le personnel infirmier est plus rare, il peut être difficile de maintenir une intervention indépendante dispendieuse comme le NFP. Il est donc d'autant plus important d'en extraire les éléments clés et de les intégrer, à long terme, dans la prestation des services normalement offerts.

En examinant un échantillon de mères de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, Hovdestad et ses collaborateurs[11] notent que les mères de moins de 22 ans sont associées à des risques plus élevés de mauvaise santé et de problèmes de développement chez l'enfant que les mères plus âgées. Les auteurs ont observé que ces mères étaient plus nombreuses que les autres à présenter certains facteurs de risque modifiables, notamment le fait de bénéficier de l'aide sociale, une consommation abusive d'alcool et une absence de soutien social. Cette étude permet de confirmer empiriquement que les interventions pendant la petite enfance comme le NFP devraient cibler cette population en priorité. Il est toutefois important de vérifier si les jeunes mères présentent aussi des risques plus élevés dans les pays et cultures où les grossesses à un âge plus précoce sont normales, notamment au Bangladesh, en Éthiopie, au Mexique et au Nicaragua, où la proportion de jeunes femmes mères à 18 ans s'élève à respectivement 40 %, 22 %, 39 % et 28 %[22].

Le processus rigoureux d'adaptation et de remise à l'épreuve du NFP au Canada est très prometteur pour la prévention de la violence envers les enfants partout dans le monde. Nous espérons qu'il contribuera à la mise sur pied de méthodes empiriques d'adaptation et de validation internationales et interculturelles. Ces méthodes font cruellement défaut à l'heure actuelle et, sans elles, il est peu probable qu'une intervention fondée sur des preuves puisse être appliquée à l'échelle mondiale pour prévenir cette « maladie » qui affecte des centaines de millions d'enfants dans le monde.

Références

1. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR, Van IM. The university of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. J Aggress Maltreat Trauma. 2012;21(8):870-890. DOI: 10.1080/10926771.2012.708014.

2. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MJ, Alink LRA. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. Int J Psychol. 2013;48(2):81-94. DOI: 10.1080/00207594.2012.697165.

3. Stoltenborgh M, Van IM, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat. 2011;16(2):79-101. DOI: 10.1177/1077559511403920.

4. Injury Prevention and Control: Division of Violence Prevention. Towards a violence-free generation: using science to fuel action and end violence against children [Internet]. Atlanta (GA) : US Centers for Disease Control and Prevention; 2015 [consulté le 1er mai 2015]. Consultable en ligne à la page : http://www.cdc.gov/violenceprevention/vacs/index.html

5. Mercy J. CDC measures violence against children, sparks action [Internet]. Atlanta (GA) : CDC Foundation; 25 novembre 2013 [consulté le 1er mai 2015]. Consultable en ligne à la page : http://www.cdcfoundation.org/blog-entry/cdc-measures-violence-against-children-sparks-action

6. Barrera M Jr, Castro FG, Steiker LK. Critical analysis of approaches to the development of preventive interventions for subcultural groups. Am J Community Psychol. 2011;48(3-4):439-454. DOI: 10.1007/s10464-010-9422-x.

7. Cuijpers P, de Graaf I, Bohlmeijer E. Adapting and disseminating effective public health interventions in another country: towards a systematic approach. Eur J Public Health. 2005;15(2):166-169. DOI: 10.1093/eurpub/cki124.

8. Office des Nations unies contre la drogue et le crime. Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue [Internet]. New York : Nations Unies; février; 2009. PDF téléchargeable à partir du lien : https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-F.pdf

9. Jack SM, Catherine N, Gonzalez A, MacMillan HL, Sheehan HD, Waddell C, au nom de l'équipe scientifique du British Columbia Healthy Connections Project. Adaptation, mise à l'épreuve et évaluation d'interventions complexes en santé publique : leçons tirées du Nurse–Family Partnership dans le secteur de la santé publique au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9): 161-70.

10. Li SA, Jack SM, Gonzalez A, Duku E, MacMillan H. Points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux sur un programme de visites à domicile destiné aux jeunes mères d'un premier enfant. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015;35(8/9):171-9.

11. Hovdestad W, Shields M, Williams G, Tonmyr L. Vulnérabilité des familles dirigées par une mère adolescente ou jeune adulte faisant l'objet d'une enquête menée par un service de protection de l'enfance au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2015; 35(8/9):152-60.

12. Prevention Research Center for Family and Child Health. Nurse-Family Partnership international program [Internet]. Denver (CO) : University of Colorado Denver; [consulté le 4 décembre 2014].

13. Castro FG, Barrera M Jr, Steiker LKH. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. Annu Rev Clin Psychol. 2010;6:213-239. DOI:10.1146/annurev-clinpsy-033109-132032.

14. Lau AS. Making the case for selective and directed cultural adaptations of evidence-based treatments: Examples from parent training. Clin Psychol-Sci Pr. 2006;13(4):295-310. DOI:10.1111/j.1468-2850.2006.00042.x.

15. Mikton C. Two challenges to importing evidence-based child maltreatment prevention programs developed in high-income countries to low-and middle income countries: generalizability and affordability. Dans : H. Dubowitz (dir.), World Perspectives on Child Abuse. (10e éd). Aurora (CO) : International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; 2012.

16. Falicov CJ. Commentary: On the wisdom and challenges of culturally attuned treatments for Latinos. Fam Process. 2009;48(2):292-309. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2009.01282.x.

17. Leerlooijer J, Ruiter RA, Reinders J, Darwisyah W, Kok G, Bartholomew L. The World Starts With Me: using intervention mapping for the systematic adaptation and transfer of school-based sexuality education from Uganda to Indonesia. Transl Behav Med. 2011;1(2):331-40. DOI:10.1007/s13142-011-0041-3.

18. Wingwood GM, Diclemente RJ. The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;47: S40-S46. DOI:10.1097/QAI.0b013e3181605.

19. Kumpfer KL, Pinyuchon M, Teixeiria DMA, Whiteside HO. Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. Eval Health Prof. 2008;31(2):226-239. DOI: 10.1177/0163278708315926.

20. Leijten P, Dishion TJ, Thomaes S, Raaijmakers MA, de Castro BO, Matthys W. Bringing parenting interventions back to the future: how randomized microtrials may benefit parenting intervention efficacy. Clin Psychol. 2015;22 (1):47-57. DOI: 10.1111/cpsp.12087.

21. Nurse-Family Partnership. Nurse-Family Partnership model elements [Internet]. Denver (CO) : Nurse-Family Partnership; 2011 [consulté le 1er mai 2015]. Consultable en ligne à la page : http://www.nursefamilypartnership.org/communities/model-elements.

22. UNICEF. Satistiques et suivi : Indicateurs économiques par pays [Internet]. New York : UNICEF; 2015 [consultation le 1er mai 2015]; Consultable en ligne à la page : http://www.unicef.org/french/statistics/index_countrystats.html

Autres publications de l'ASPC

Les chercheurs de l'Agence de la santé publique du Canada contribuent également à des travaux publiés dans d'autres revues. Voici quelques articles publiés en 2014 et 2015.

Afifi TO, Taillieu T, Cheung K, Katz LY, **Tonmyr L** et collab. Substantiated reports of child maltreatment from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect 2008: examining child and household characteristics and child functional impairment. Can J Psychiatry. 2015;60(7):315-23.

Danaei G, Fahimi S, Lu Y, [...] **Robitaille C**, [...] **Wang MD** et collab. Effects of diabetes definition on global surveillance of diabetes prevalence and diagnosis: a pooled analysis of 96 population-based studies with 331 288 participants. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015;3(8):624-37.

Gao Z, Parhar A, **Gallant V** et collab. A population-based study of tuberculosis case fatality in Canada: do Aboriginal peoples fare less well? Int J Tuberc Lung Dis. 2015;19(7):772-9.

Higginbottom GMA, Morgan M, Alexandre M, Chiu Y, Forgeron J, **Kocay D** et collab. Immigrant women's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. Syst Rev. 2015;4(1).

Hovdestad W, Campeau A, Potter D, Tonmyr L. A systematic review of childhood maltreatment assessments in population-representative surveys since 1990. PLoS ONE. 2015;10(5):e0123366.

Kimber M, Henriksen CA, Davidov DM, Goldstein AL, Pitre NY, **Tonmyr L** et collab. The association between immigrant generational status, child maltreatment history and intimate partner violence (IPV): evidence from a nationally representative survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015;50(7):1135-44.

Mitra D, Shaw A, Tjepkema M, Peters P. Déterminants sociaux de l'incidence du cancer du poumon au Canada : une étude prospective sur 13 ans. Rapports sur la santé. 2015;26(6):13-22.

Mo F, Morrison H, Neutel IC. Population attributable risk from obesity to arthritis in the Canadian Population Health Longitudinal Survey 1994-2006. Int J Rheum Dis. 2014;17(6):628-34.

Ngoma MS, Misir A, Mutale W, Rampakakis E, Sampalis JS, Elong A, Chisele S, Mwale A, Mwansa JK, Mumba S, Chandwe M, **Pilon R, Sandstrom P** et collab. Efficacy of WHO recommendation for continued breastfeeding and maternal cART for prevention of perinatal and postnatal HIV transmission in Zambia. J Int AIDS Soc. 2015;18(1):19352.

O'Donnell S, Vanderloo S, McRae L, Onysko J, Patten SB, **Pelletier L.** Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. Epidemiol Psychiatr Sci. 2015 Jun 17. [Epub disponible avant la version imprimée]

O'Donnell S, Rusu C, Hawker GA, Bernatsky S, **McRae L** et collab. Arthritis has an impact on the daily lives of Canadians young and old: results from a population-based survey. BMC Musculoskelet Disord. 2015;16:230.

Patterson AP, Booth SA, Saba R. The emerging use of in vivo optical imaging in the study of neurodegenerative diseases. BioMed Res Int. 2014;2014:401306.

Whyte HEA, Jefferies AL, Lacaze T, Newhook LA, Hendson L, Lemyre B, Narvey MR, Shah V, Sorokan S, Boisvert L, Gagnon A, Gagnon R, **León JA** et collab. The interfacility transport of critically ill newborns. Paediatr Child Health. 2015;20(5):265-9.

Yusa A, Berry P, Cheng JJ, **Ogden N** et collab. Climate change, drought and human health in Canada. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(7):8359-412.

Zakaria D, Trudeau R, Sanmartin C et collab. Utilisation des numéros d'assurance maladie personnels pour coupler le Registre canadien du cancer et la Base de données sur les congés des patients. Rapports sur la santé. 2015;26(6):3-12.